Risultati del sistema di segnalazione degli eventi avversi dei vaccini (VAERS)

Risultati del sistema di segnalazione degli eventi avversi dei vaccini (VAERS)

ENCEFALITE

Dati aggiornati al 31/01/2025

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0027208-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Il paziente vaccinato con MPR ha sviluppato danni cerebrali con coreoatetosi, autismo e spasmi infantili. Il medico segnalante sospetta encefalite correlata al vaccino.
0027379-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Pt vaccinato con HIB/MMR; 1 settimana dopo, ha sviluppato febbre a 103 - è stato nervoso per 24 ore e ha urlato per 12 ore. Possibile reazione di encefalite.
0029120-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	26FEB91 eruzione cutanea iniziale su viso ed estremità; 1MAR91 letargia, sindrome di Stevens-Johnson, SM in evoluzione ricoverata - tx con Rocephin; 2MAR91 stato epilettico - intubazione x 24 ore; 5MAR91 completa guarigione e ritorno a casa: DX: probabile meningoencefalite con sindrome di Stevens-Johnson.
0033004-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	12Apr90 pt vax; 26apr90 febbre da devel, convulsioni focali sul lato destro per 25-30 minuti. Tx con Valium e ricovero al pronto soccorso. Il medico ha ritenuto che le convulsioni fossero dovute a infezione virale o vax. Tx con Ferusal per anemia sideropenica. Vedere verme...
0033351-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Il paziente ha ricevuto il vaccino MPR il 13 luglio 1990; il 17 luglio 1990 il paziente ha sviluppato encefalite con febbre, sonnolenza e perdita di equilibrio; il giorno seguente l'andatura instabile e la perdita di equilibrio persistevano, ed è stato ricoverato in ospedale per osservazione durante la notte; il paziente si è ripreso;
0033493-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	16 lug 90 pt vax; 25 lug 90 devel febbre bassa. 27 lug 90 temperatura inc. 106,6 °F. Tx con APAP e bagni freddi con spugna. Temperatura compresa tra 103 e 105,6 °F. Eseguita puntura lombare. La puntura lombare è traumatica, quindi il liquido spinale era sanguinante. Vedere verme...
0033513-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Il paziente ha ricevuto il vaccino MPR il 31 agosto 1990; il 09 settembre 1990 il paziente è stato ricoverato in ospedale per encefalite focale, presumibilmente dovuta a infezione da virus herpes; il 16 ottobre 1990 il paziente ha continuato a manifestare cecità bilaterale, ritardo dello sviluppo e sindrome da ictus che coinvolgeva il lato destro del corpo; il medico non ha attribuito l'eziologia al vaccino.
0038811-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	12 giorni p/vax avuto sz, @ hosp;
0039160-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Stato epilettico, infezione all'orecchio osservata dal medico, portato in ospedale, paziente apparentemente ritardato; sindrome prolungata ed encefalite;
0041319-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Paziente molto malato; 17 gennaio 1992 diagnosi di meningite/encefalite; paziente vaccinato il 13 febbraio 1991; il 20, 23 e 24 febbraio 1992 febbre bassa senza altri sintomi; il 26 febbraio 1991 alle 16:30 la mamma ha notato che il paziente sembrava stordito, non rispondeva; ha iniziato la terapia e ha smesso di respirare, RCP, arresto cardiaco
0046550-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	paziente sottoposto a vaccino MPR/DTP il 1 agosto 1983 e il 25 settembre 1983 paziente affetto da morbillo, parotite, febbre, t100.2 R, irritabile, attività convulsiva, letargia, problemi comportamentali e cognitivi; respirazione rapida, caratteristiche autistiche, encefalite virale, comportamento distraibile;
0051559-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	hx di encefalite virale p/vax-in coma x 5 giorni; il medico afferma che si è trattato di una reazione al vaccino; ma nessun esame di laboratorio è mai tornato positivo per confermare la reazione al vaccino;
0053617-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	pt ha ricevuto il vaccino nel 1969; ha sviluppato encefalite & sz; Non sono stati forniti ulteriori dettagli;
0054408-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Il paziente ha ricevuto il vaccino il 30 MAR 87 e alla fine di APR 87 è stato ricoverato in ospedale per encefalite virale, l'EEG ha mostrato una lieve anomalia non specifica senza caratteristiche lateralizzanti; decadimento unilaterale dell'uso di un arto superiore; ha avuto anche un significativo decadimento del linguaggio, marcata sbavatura
0055295-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Il paziente ha ricevuto il vaccino il 27 ott 92 e il 6 nov 92 ha sviluppato una temperatura di 101, sonnolenza, problemi di equilibrio; è stato diagnosticato con possibile encefalite; non ha avuto eruzioni cutanee né è stato ricoverato in ospedale;

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0064511-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	paziente ha ricevuto il vaccino; paziente ha vomitato per 4 giorni; rossore sulla fronte e sul lato destro del collo; paziente con febbre, rifiuto del cibo, ghiandole gonfie, leggera eruzione cutanea sul corpo, rigidità del collo; temperatura 104-105; lieve infiammazione al cervello; convulsioni dovute alla febbre alta;
0066354-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	paziente ha ricevuto il vaccino il 9 luglio e 24 ore dopo il vaccino il paziente ha smesso di camminare; il paziente piangeva e si sedeva di nuovo; paziente visitato dal medico e il paziente si rifiutava ancora di camminare o gattonare e quando gli veniva chiesto di stare in piedi piangeva per il disagio e si sedeva; aveva anche la febbre e si teneva la testa come se avesse la febbre.
0068523-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	il paziente ha ricevuto il vaccino e 6 mesi dopo la vaccinazione il paziente è diventato goffo e aveva szs miocloniche generalizzate ogni giorno; la risonanza magnetica cerebrale ha rivelato aree di segnale inc nella corona radiata; l'EEG era abn; declino nelle abilità sociali e nell'uso del linguaggio; stupore; polmonite;
0072050-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	1 febbraio 1995 ha iniziato a presentarsi una febbre bassa, 100-101; sospetta dentizione ha dato APAP; il 7 febbraio 1995, t103, dx con encefalite il paziente è stato trovato paralizzato lato sinistro al MD, ER per volo di salvataggio; SPEC ha mostrato attività dec nel lobo frontale sinistro; sviluppo di eruzione cutanea; nessun controllo
0073987-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	febbre a 104 il 19PAR95 accompagnata da 30min gen sz; ha continuato a sviluppare altri sintomi neurologici come l'atassia; a partire dal 4 maggio 95 diagnosi di encefalomielite acuta disseminata;
0075498-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	pt recv vax; T 105.4; encefalite, soppressione del midollo osseo, disturbi visivi, piaghe in bocca;
0075752-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	pt recv vax 28DEC82 & 4JAN83 t103 & dx URI;non responsivo;la TAC ha mostrato emorragia subaracnoidea;pt comatoso;deviazione oculare lt;attività sz;l'emisfero cerebrale lt quad appariva edematoso;pressione intracranica;encefalite;ritardo psicomotorio
0076787-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Sconosciuto	paziente riceve vaccino; il 29 giugno 1995 paziente esonerato; 10 giorni dopo, paziente sviluppa strabismo e meningismo; paziente ricoverato in ospedale l'8 luglio 1995 e successivamente deceduto; codice di origine non fornito; 30 gennaio 1996-f/u indica che l'infezione virale Coxsackie-B ha causato l'encefalite del paziente, diagnosi con midollablastoma di uomini
0077842-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	pt ha ricevuto vaccino 6SET95; stato epilettico; 11SET95 cerebellite; ?encefalomielite acuta diffusa; accertamenti in corso; ? eziologia; accompagnato da epatite, CID, diarrea sanguinolenta;
0078863-1	ENCEFALITE	< 6 mesi	Maschio	il paziente ha ricevuto il vaccino il 17 MAR 95 e il 25 MAR 95 ha sviluppato febbre, ipotonia cervicale e sonnolenza ed è stato ricoverato in ospedale; un EEG ha rivelato encefalite; la misurazione del liquido cerebrospinale e del pH non è stata confermata; è stato riscontrato che l'encefalite non è stata confermata dai dati di laboratorio non confermati; si è verificato uno spasmo laringeo;
0083713-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	ipossia, bradicardia, cianosi, sz tonico-clonico gen, petecchie su testa e collo; trasferito in ospedale è stato intubato, risultato finale di grave ritardo dello sviluppo, cecità corticale e attività sz cont
0084207-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	pt recv vax 29FEB96 e 6MAR95 pt exp ipotalamo (encefalite), febbre a 104 e stato hosp;tx Rocephil;la scansione TC ha rivelato talamo ipodenso;LP nl;l'analisi di laboratorio ha rivelato AST 4000;
0098367-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	paziente sottoposto a vaccino e ha iniziato ad avere problemi motori ed è stato in ospedale dal 29 giugno al 2 luglio 1996; il paziente continua ad avere problemi in ospedale; il medico ha affermato che l'epilessia e il lieve ritardo dello sviluppo del paziente sono dovuti a pertosse, encefalomielite, ammiccamento, febbre e spasmi;
0101603-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	15NOV96 paziente sottoposto a terapia antibiotica per rinofaringite; 24NOV96 paziente in ospedale con ipotonia e areflessia delle gambe; 26NOV96 nuova LP rivela ipercitosi sl; difficoltà nella deambulazione; encefalomielite dx; ingrandimento del poligono di sostegno, dismetria e cerebellare

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0101733-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	paziente vaccinato il 27 novembre 1996 e il 2 dicembre 1996 paziente esperta febbre 39-40 °C ed esantema su tutto il corpo; 10 dicembre 1996 ospedale in condizioni di difficoltà; paziente disidratato e fluidi parenterali somministrati; EEG sospetto quadro di encefalite; valutazione di laboratorio ha rivelato proteina C-reattiva (PCR) <10,
0102313-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	febbre v letargia al pronto soccorso; paziente ricevente vaccino diagnosi di meningoencefalite, presumibilmente virale; disfunzione del tronco encefalico/mesoencefalo con Stokes di Cheyenne, respirazione che richiede supporto ventilatorio meccanico; probabile epatite; lieve aspirazione oro-tracheale; possibile sz;
0103226-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	pt recv vax 26APR91 e LUG91 pt è stato trovato affetto da meningoencefalite; durante l'esame iniziale il pt ha manifestato convulsioni toniche durate circa 15 secondi; pt ospedaliero; il reporter ha indicato che questa exp era potenzialmente invalidante in modo permanente;
0105905-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	pt recv vax 1997 & pt exp encefalite & was hosp; encefalite COD, inclusioni virali e di morbillo sono state trovate nella biopsia cerebrale; l'indagine ha rilevato il virus di tipo 1;
0110592-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	paziente riceve vaccino e paziente sviluppa sintomi comportamentali non specificati dopo 24 ore dalla vaccinazione; paziente segnalato come encefalite post-virale dubbia; paziente affetto da febbre, eruzione cutanea e vomito, e sintomi gastrointestinali con dolore addominale, diarrea, gonfiore;
0111013-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	h/a, letargia c/o dolore e debolezza alle gambe, incapacità di camminare, febbre all'esordio;
0114268-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	encefalite da sviluppo circa 1 mese dopo il vaccino MPR che coinvolge principalmente la sostanza bianca; bambino lasciato con gravi sequele con un lento recupero;
Numero di telefono: 0114649-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	dx w/SSPE AGOSTO 98; malato da oltre un anno, spasmi mioclonici, incapace di mangiare, vestirsi senza assistenza, deterioramento mentale, sottoposto a neurochirurgia;
0118401-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	sviluppo di rash morbilliforme e febbre 8 giorni dopo la vaccinazione; 9 giorni dopo la vaccinazione sviluppo di rash focale, apnea e intubazione endotracheale e ricovero ospedaliero richiesti; rash vescicolare negativo;
Numero di telefono: 0118583-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Paziente vaccinato il 28/12/98; il 6/1/99 paziente esperta febbre (105), eruzione cutanea, irritabile, non cammina, perdita di appetito, sonnolento, piangente e combattivo, non socievole; tx=Amoxicillina, Pediazole; nessuna risposta alla fecondazione in vitro o al Motrin; dx=possibile encefalite virale
0119190-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	lit ref-pt recv vax e circa 8,5mo p/vax pt dx con encefalite da corpi inclusi nel morbillo (MIBE); la biopsia cerebrale ha rivelato una meningoencefalite linfocitaria sparsa, moderata perdita di neuroni e oligodendroglia e astrocitosi reattiva nella corteccia;
0120755-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	malattia con sz focale ed encefalopatia meglio descritta come encefalomielite acuta disseminata;
0120895-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	sz focale 8 giorni p/vax; liquido cerebrospinale chiaro; risultati e decorso della risonanza magnetica con encefalomielite acuta disseminata;
0123185-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	paziente ha ricevuto il vaccino e si è ammalato 10 giorni dopo il vaccino; il paziente aveva una sindrome virale che si è trasformata in encefalite ed è stato ricoverato in ospedale, poi ha sviluppato anemia aplastica e diagnosi di sindrome di Dubowitz; il paziente ha avuto una recidiva di anemia aplastica; il paziente è morto
Numero di registrazione: 0124976-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	paziente con iperpiressia ed esantema; paziente visitato dal medico c/o aggravamento e sonnolenza; non in ospedale; poi visitato di nuovo con ipotonia e sindrome cerebellare e in ospedale con diagnosi di encefalite; gli esami non hanno evidenziato alcuna patologia; paziente trattato con cortisone; paziente guarito e dis
0126211-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	pt exp T101-104, v, pianto, visto al pronto soccorso; 2° giorno gli occhi si girano all'indietro-al pronto soccorso; T incl. ricovero in PICU; pt exp dec. energia e appetito; dec. pannolini bagnati; episodio tipo SZ; ipopnea/ipotermia-tx w/02, ATB e calore; d/c dx: vaccino rxn vs. encefalite virale
0127407-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	p/vax pt fuori dal paese; ha iniziato a perdere importanti tappe motorie; ha smesso di andare in crociera; ha smesso di sostenere il peso; ha perso la capacità di stare seduto; non riusciva a girarsi; difficoltà a deglutire; areflessia; scarso controllo della testa; irritabile; tx: immunoglobuline EV

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0128060-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	p/vax pt exp convulsioni; ipertermia; repulsione oculare; hosp 8/1; dx con meningoencefalite e morbillo; disch 3 settimane dopo; controllo renale nl; EEG pianificato
0150733-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	"Dopo la vaccinazione, il paziente si è presentato con confusione progressiva, crisi di pianto e ritiro sociale. Tre mesi dopo l'insorgenza dei sintomi, ha sviluppato una postura distonica intermittente del braccio e della gamba sinistra. L'esame neurologico iniziale è stato significativo per disartria e mioclono del braccio e della gamba sinistra. Durante il quarto mese di malattia, il paziente ha sviluppato iperreflessia e risposte plantari in estensione. Entro il quinto mese, il mioclono è cessato. È diventato insensibile, muto e ha mostrato iperreflessia intermittente e tachicardia che suggeriscono una disfunzione autonomica. È morto sei mesi dopo l'insorgenza dei sintomi. Un'autopsia è stata rifiutata. La causa della morte è stata panencefalite subacuta sclerosante. Le informazioni su questo caso sono descritte in un manoscritto non pubblicato intitolato ""Panencefalite subacuta sclerosante in adulti nati negli Stati Uniti""."
0151636-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Sconosciuto	Anomalia dell'andatura, encefalite, condizione nervosa, segno/sintomo neurologico. Sono state ricevute informazioni da un articolo di letteratura riguardante un paziente che aveva ricevuto MPR nel 1989. Otto giorni dopo la vaccinazione, il paziente ha manifestato disturbi ed è stato ricoverato in ospedale per 20 giorni. Al paziente è stata diagnosticata una sospetta encefalite. I seguenti risultati sono stati scoperti al follow-up: disturbi neuropsicologici e segni neurologici lievi. Un mese dopo l'insorgenza, il paziente si è ripreso dai disturbi dell'andatura. L'articolo indicava che ulteriori disturbi dell'andatura sono stati riscontrati dopo la vaccinazione. Sono stati assegnati WAES #00050441-00050450.
0151637-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Sconosciuto	Anomalia dell'andatura, encefalite, condizione nervosa, segno/sintomo neurologico. Sono state ricevute informazioni da un articolo di letteratura riguardante un paziente che aveva ricevuto MPR nel 1989. Sette giorni dopo la vaccinazione, il paziente ha manifestato disturbi ed è stato ricoverato in ospedale per 5 giorni. Al paziente è stata diagnosticata una sospetta encefalite. La sua temperatura era elevata con convulsioni. I seguenti risultati sono stati scoperti al follow-up: disturbi neuropsicologici e segni neurologici lievi. Quattro mesi dopo l'insorgenza, il paziente si è ripreso dai disturbi dell'andatura. L'articolo ha indicato che ulteriori disturbi dell'andatura sono stati riscontrati dopo la vaccinazione.
0151638-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Sconosciuto	Sono state ricevute informazioni riguardanti un paziente che nel 1992 è stato vaccinato con il vaccino MPR. Ventuno giorni dopo la vaccinazione, il paziente ha manifestato disturbi dell'andatura ed è stato ricoverato in ospedale per 8 giorni. Il paziente è stato diagnosticato con sospetta encefalite. I seguenti risultati sono stati scoperti al follow-up: segni neurologici lievi. Un mese dopo l'insorgenza, il paziente si è ripreso dai disturbi dell'andatura. I disturbi dell'andatura sono stati interpretati come atassia cerebellare dopo la vaccinazione MPR all'età di 15 mesi.
0151641-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Sconosciuto	Anomalia dell'andatura, encefalite, condizione nervosa, segno/sintomo neurologico, disturbo del linguaggio. Sono state ricevute informazioni da un articolo di letteratura riguardante un paziente che ha ricevuto il vaccino MMR nel 1994. Quattro giorni dopo la vaccinazione, il paziente ha manifestato disturbi ed è stato ricoverato in ospedale per 5 giorni. Al paziente è stata diagnosticata una sospetta encefalite. La sua temperatura era di 40 gradi C o 104 gradi F. I seguenti risultati sono stati scoperti al follow-up: disturbo neuropsicologico, problemi di linguaggio e segni neurologici lievi. Tre mesi dopo l'insorgenza, il paziente si è ripreso dai disturbi dell'andatura. L'articolo ha indicato che ulteriori disturbi dell'andatura sono stati riscontrati dopo la vaccinazione.
0151642-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Sconosciuto	Sono state ricevute informazioni riguardanti un paziente che nel 1994 è stato vaccinato con MPR e dieci giorni dopo la vaccinazione ha manifestato disturbi dell'andatura ed è stato ricoverato in ospedale per 14 giorni. Al paziente è stata diagnosticata un'encefalite. Al follow-up sono stati riscontrati i seguenti reperti: disturbi neuropsicologici, epilessia e segni neurologici lievi. Due mesi dopo l'insorgenza, il paziente si è ripreso dai disturbi dell'andatura. I disturbi dell'andatura sono stati interpretati come atassia cerebellare dopo il vaccino MPR all'età di 15 mesi.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0151767-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Il 13/04/00, febbre X 48 ore. Il 14/04/00, diagnosi di otite media e trattamento con Amoxil. Il 17/04/00, atassia (persistente), esantema virale su tronco, estremità e viso. Il 20/04/00, visita neurologica e diagnosi di encefalite con atassia persistente.
Numero di telefono: 0159777-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Dopo la vaccinazione, il paziente era triste e aveva la febbre a casa. La madre afferma che è salita a 104. Al paziente è stato somministrato il Motrin, tuttavia, la febbre è persistita per tutto il giorno e la madre ha portato il paziente al pronto soccorso dove gli è stata diagnosticata un'otite media e gli è stata somministrata amoxicillina. Il paziente si è addormentato senza alcun evento. Il 23/07/00, il paziente ha continuato ad avere la febbre e ha iniziato a vomitare due o tre volte. La madre ha anche notato due episodi di diarrea acquosa. Il paziente è stato portato al pronto soccorso ed è stato valutato e trovato disidratato. Il paziente è stato ricoverato in ospedale e ha iniziato ad avere convulsioni. Il paziente è stato intubato e gli è stato inserito un tubo di gastrostomia. Il paziente è stato diagnosticato con encefalomielite acuta disseminata e anemia.
0160827-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	La sera della vaccinazione, la paziente ha iniziato ad avere febbre, agitazione e vomito. Più avanti nella settimana era encefalopatica e le è stata diagnosticata un'encefalite erpetica. Non si conosce alcun collegamento tra le iniezioni e la malattia, se non temporalmente correlato, anche se il recupero neurologico completo richiederà tempo.
Numero di telefono: 0163941-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	"Sono state ricevute informazioni riguardanti un bambino di 6 anni che, a 18 mesi nel 1996, è stato vaccinato con MMR II. Successivamente, nel 1996, il paziente ha avuto diversi episodi di convulsioni febbrili. Al paziente è stata diagnosticata un'encefalite e il suo esito è stato elencato come ""conseguenze: paresi del braccio sinistro e iperattività"". Il reporter ha ritenuto che le esperienze del paziente fossero invalidanti. Sono attese ulteriori informazioni. Sono state ricevute informazioni F/U riguardanti un bambino di 5 anni che, a 18 mesi di età, il 5/10/95, è stato vaccinato con 1 dose di MMRII. Il 13/10/95, il paziente ha avuto convulsioni generali (braccia e gambe) con nistagmo e leggera cianosi che sono persistite per 45 minuti. Il paziente è stato ricoverato in ospedale per 1 notte. Gli sono state diagnosticate tonsillite e otite media. Apparentemente non c'era febbre durante l'attacco di convulsioni. Una visita di controllo ha mostrato un EEG normale. Il 12/12/95 e il 21/2/96, il paziente ha avuto convulsioni febbrili. Il paziente è stato diagnosticato con encefalite. Il paziente ha anche avuto meningite. Il suo esito è stato elencato come ""sequele: paresi del braccio sinistro e iperattività"". Il relatore ha considerato le convulsioni generali del paziente, la cianosi, l'encefalite, le convulsioni febbrili, l'iperattività, la meningite e la paresi del braccio sinistro come invalidanti. Non sono disponibili ulteriori informazioni. Il caso è chiuso."
Numero di telefono: 0164720-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	"L'8/10/90, il paziente è stato vaccinato con MMR II. L'8/31/90, ha sviluppato febbre, vomito, rash e convulsioni. Le informazioni di un medico hanno affermato che il 12/5 (anno non specificato), il paziente è stato visitato come parte di un follow-up nazionale di bambini che avevano avuto meningoencefalite entro 6 settimane dai vaccini MMR II. È stato notato che ""non è stato isolato alcun virus della parotite, ma la tempistica era tale che la componente della parotite era causale"". È stato notato che non c'erano problemi nello screening fisico, neurologico o dello sviluppo. È stato notato che il paziente era in grado di nominare più di 4 colori; tuttavia, non era in grado di abbinare il rosso o il verde e confondeva questi colori. Il medico si è chiesto se il paziente fosse daltonico al rosso/verde. Il paziente è stato visitato in una clinica il 12/14/90 ed è stato notato che ""è stato davvero molto bene dal suo ricovero in reparto con post vaccinazione contro il morbillo meningoencefalite"". È stato notato che il paziente continuava a crescere e svilupparsi normalmente. È stato annotato su un modulo di registrazione che il paziente aveva ricevuto l'MMR II che ha causato lo sviluppo di meningoencefalite nel 1991 (data di conflitto fornita). È stato notato che il paziente non aveva malattie a lungo termine, operazioni o farmaci a lungo termine. È stato documentato su un modulo medico scolastico che il paziente aveva ricevuto l'MMR II ""con meningoencefalite come conseguenza"". ""La parte del vaccino contro la parotite è entrata nel suo liquido spinale e ha raggiunto il suo cervello; si è ripreso ma ora è soggetto a convulsioni febbrili."" Dopo una revisione interna, le convulsioni febbrili del paziente sono state considerate un ""importante evento medico"". Non sono disponibili ulteriori informazioni."

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
Numero di telefono: 0165672-1	ENCEFALITE	6-11 mesi	Maschio	Il paziente ha manifestato un'encefalomielite demielinizzante acuta.
Numero di telefono: 0165974-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Abbiamo ricevuto informazioni da un medico su una femmina di 14 mesi con ritardo di crescita e possibile immunodeficienza che il 16/01/01 circa è stata vaccinata con MPR II. Il 23/01 circa, la paziente ha manifestato encefalite, convulsioni e immunodeficienza (che potrebbero essere state presenti prima della vaccinazione). L'encefalite, le convulsioni e l'immunodeficienza hanno richiesto il ricovero ospedaliero. Al momento del rapporto (6/02/01), era in sospeso una puntura lombare. Il ricovero della paziente è continuato e si è riscontrato che era in cattive condizioni. Sono state richieste ulteriori informazioni. Il follow-up afferma che la paziente è deceduta.
Numero di telefono: 0167578-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	"Sono state ricevute informazioni da un'autorità sanitaria riguardanti una femmina di 18 mesi che il 20/09/00 è stata vaccinata con MPR. Dopo l'iniezione la paziente era agitata e gonfia sulla guancia sinistra. La reazione è diminuita lo stesso giorno. Otto giorni dopo, il 28/09/00, ha avuto un temporaneo deterioramento della vista con conseguenti difficoltà di movimento e questo si è ripresentato tre volte lo stesso giorno. È stata ricoverata in ospedale per sospetta encefalite. Nel mese successivo, la reazione è ricomparsa più volte. L'esito della paziente è stato segnalato e sconosciuto. Inoltre, la relazione tra il vaccino e l'esperienza della paziente è stata indicata come ""non classificabile"". Sono attese ulteriori informazioni."
Numero di telefono: 0168363-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Il 12/94, a 4 o 6 mesi, il bambino aveva la febbre e non ha avuto alcun contatto visivo per alcuni secondi. Nel 02/95, il medico ha detto che se non ci fossero stati cambiamenti o altri sintomi e non avesse continuato, non c'era da preoccuparsi. Il 01/01/96, il bambino aveva una febbre alta 105 - 106 che ha causato convulsioni prolungate, avvenute alle 2 di notte. Portato al pronto soccorso e poi in ospedale fino al 02/06/01. Diagnosi di presunta encefalite virale. Il follow-up a 60 giorni afferma che il paziente non è in grado di camminare o parlare e non è in grado di prendersi cura di sé.
0169802-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Sono state ricevute informazioni da un professionista sanitario in merito a una femmina di 18 mesi che il 03/08/93 è stata vaccinata con una dose di MPR. Non c'era alcun farmaco concomitante. Il 19/08/93 la paziente ha sperimentato perdita di coscienza e convulsioni ed è stata ricoverata in ospedale. L'EEG ha mostrato segni di encefalite e non sono state riscontrate alterazioni nella TAC. La sierologia non ha indicato alcuna eziologia certa. La paziente è stata dimessa il 06/09/93. È stato riferito che la paziente non si era ripresa e continuava a soffrire di epilessia e sviluppo compromesso. L'esperienza avversa della paziente è stata considerata invalidante dal segnalatore. Non sono disponibili ulteriori informazioni. Il follow-up a 15 giorni ricevuto il 27/08/03 afferma che sono state ricevute informazioni da un'autorità sanitaria in merito a una femmina di 19 mesi senza anamnesi precedente segnalata come il 03/08/93 sia stata vaccinata con una dose di MPR II. Non c'era alcun farmaco concomitante. Il 19/08/93, 16 giorni dopo la vaccinazione, il paziente ha sviluppato febbre alta, sanguinamento dal naso, perdita di coscienza (anche segnalata come non contattabile) e ha avuto convulsioni. Il paziente è stato ricoverato in ospedale. L'EEG ha mostrato segni di encefalite (principalmente sul lato sinistro del cervello) e non sono state rilevate alterazioni nella TAC. È stato riferito che la sierologia non aveva indicato alcuna eziologia certa. Nell'agosto 1993, i risultati di laboratorio del paziente hanno rivelato sierologia positiva per il virus di Epstein-Barr e PCR positiva per il citomegalovirus. Il paziente è stato dimesso il 06/09/93. È stato riferito che il paziente aveva epilessia persistente e difficoltà di apprendimento. Nel 1994, la tomografia computerizzata ha indicato atrofia cerebrale. Le esperienze avverse del paziente sono state considerate invalidanti dal segnalatore. Non sono disponibili ulteriori informazioni. Caso chiuso. I rapporti di follow-up a 15 giorni ricevuti il 05/09/2003 non aggiungono nuove informazioni.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0170309-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	"Sono state ricevute informazioni da un'autorità sanitaria riguardanti un maschio che il 01/08/99, all'età di 15 mesi, è stato vaccinato con 1 dose di MMRII. Non c'era alcun farmaco concomitante. Nel 1999 al paziente è stato diagnosticato un disturbo autistico che è stato considerato dal segnalatore come un altro evento medico. Il paziente è stato considerato non ancora guarito. Il segnalatore ha ritenuto che fosse ""improbabile"" che il disturbo autistico fosse correlato alla terapia con vaccino MMR. Sono state richieste informazioni aggiuntive, incluso il numero di lotto. F/U afferma che il bambino ha avuto uno sviluppo normale fino all'età di 12-15 mesi. Il 01/08/99, all'età di 15 mesi, il paziente è stato vaccinato con una prima dose di MMRII. All'età di 12-15 mesi, il paziente ha sviluppato diverse polmoniti. Dopo questa età, il suo sviluppo è cambiato e ha smesso di dire parole e si è isolato. Nel 1999, al paziente è stata diagnosticata disturbo autistico che è stato considerato dal relatore come un ""Altro Evento Medico Importante"". A 2 anni e mezzo, il suo sviluppo motorio era coerente con la sua età, ma il suo sviluppo mentale è stato valutato come simile a quello di un bambino di 1 anno. In quel momento è stato notato che le sue condizioni stavano migliorando. Il 26/10/00 è stata eseguita una risonanza magnetica in cui è stato riscontrato un aumento dell'intensità dei segnali bifrontalmente (2-3 mm), possibili lesioni microvascolari forse dovute ad asfissia. Ma non è stato interpretato come infiammazione o degenerazione generale della sostanza bianca. Si è concluso che potrebbe aver avuto un episodio non osservato di encefilite che è stato considerato un ""Altro Evento Medico Importante"". Il paziente è stato considerato non guarito. Il relatore ha ritenuto che fosse ""improbabile"" che gli eventi fossero correlati alla terapia con MMRII. Sono state richieste informazioni aggiuntive, incluso il numero di lotto."
0170728-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Sono state ricevute informazioni da un avvocato riguardanti una paziente di circa 11 anni che il 29/03/90 è stata vaccinata con una dose di MPR vivo. Nel 2000 circa alla paziente è stata diagnosticata una panencefalite sclerosante subacuta ed è stata ricoverata in ospedale. Non sono disponibili ulteriori informazioni.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0179928-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	"Sono state ricevute informazioni da uno studio legale straniero riguardanti un bambino di 20 mesi, nato prematuro, che è stato ricoverato in ospedale per i primi sette mesi di vita. Durante questo periodo, al paziente è stato somministrato ossigeno al 100%, che ha causato un ""grave attacco"". Nello stesso lasso di tempo, il paziente è stato trasferito in un altro ospedale per sottoporsi a un'operazione di ""buco nel cuore"". Durante i primi 6 mesi di vita del paziente, alla madre è stato comunicato che il paziente aveva subito danni cerebrali dovuti alla mancanza di ossigeno. Il padre del paziente ha riferito che quando il paziente è stato dimesso dall'ospedale, ha smesso di respirare ed è dovuto essere riportato in ospedale. Il padre ha affermato che gli era stato detto che il paziente aveva una ""sindrome della morte in culla"". Il paziente è stato vaccinato il 10/12/91 con MMRII, non registrato sulla scheda di vaccinazione. Intorno al 25/12/1991, il paziente ha iniziato a lamentarsi del rumore dell'apertura del suo presenta. Il padre del paziente ha dichiarato che il paziente era diventato sensibile ai suoni e si stava tappando le orecchie per il dolore. Il paziente stava piangendo, urlando e aveva la febbre alta. La madre del paziente ha adagiato il paziente sul pavimento ma il paziente è diventato blu e senza vita e stava fissando davanti a sé. Gli occhi del paziente non sembravano mettere a fuoco e i suoi arti si sono afflosciati. Il corpo del paziente è diventato freddo ed era blu intorno alla bocca. Il padre del paziente è corso a chiedere aiuto a un vicino dei suoi genitori che era l'anestesista capo di un ospedale locale che ha informato il padre che il paziente era in coma e che doveva essere portato immediatamente in ospedale. Il padre ha dichiarato che il personale dell'ospedale era stato informato che il paziente aveva ricevuto il vaccino MPR circa 10 giorni prima, il 12/10/91. Il paziente aveva difficoltà a respirare e stava solo fissando il vuoto. Il padre inizialmente pensò che il paziente potesse soffrire di meningite, ma in seguito gli fu diagnosticata l'encefalite dopo che i dottori avevano utilizzato una LP per testarla, durante il ricovero in ospedale. Il paziente fu ricoverato in ospedale per 7-8 giorni fino a circa il 1/2/92 e durante questo periodo fu in coma per un giorno. Il padre afferma che in seguito alla diagnosi di encefalite del paziente e alla sua dimissione dall'ospedale nel 1/92, il paziente era come una persona diversa. Il paziente sembrava avere una regressione di alcune delle abilità che aveva appreso prima di essere vaccinato. Il paziente smise di essere in grado di usare coltello e forchetta, il che durò per circa un anno. Il paziente non sembrava sapere come giocare ed è stato molto silenzioso per circa 4-5 mesi dopo essere stato dimesso dall'ospedale. In questo periodo, il paziente smise di stabilire un contatto visivo ed era molto difficile attirare la sua attenzione. Il carattere del paziente sembrava cambiare, prima di essere vaccinato era un bambino allegro e rumoroso, ma dopo essere stato vaccinato era molto silenzioso. Dopo essere stato dimesso dall'ospedale, il paziente non era più in grado di usare il braccio destro e la gamba destra, cosa che continua a fare ancora oggi.Il paziente non metterà nulla nella mano destra e se qualcosa gli verrà messo dentro, lo tirerà fuori con la mano sinistra. Il padre del paziente afferma che prima della vaccinazione, il paziente era un bambino allegro e gattonava e faceva rumore, tuttavia, da quando il paziente ha avuto l'encefalite nel 12/91, ha smesso di fare rumore da bambino e si sedeva senza fare nulla. Il paziente è diventato molto riservato e non ha iniziato a comunicare con una conversazione fino a qualche anno dopo. Anche il comportamento del paziente è cambiato nel senso che ha iniziato a deprimersi molto facilmente e non gli piaceva che la sua routine venisse cambiata. Ha smesso di provare a fare le cose ed è diventato molto lento a rispondere a qualsiasi cosa. Il progresso dello sviluppo del paziente è stato sostanzialmente ritardato per almeno un anno. All'età di circa 4 o 5 anni, nel 1995, al paziente è stata diagnosticata una paralisi cerebrale. Il paziente ha ora 11 anni e secondo il padre ha l'età mentale di un bambino di 3 o 4 anni. Il paziente deve indossare i ""pannolini"" perché ha sofferto di problemi intestinali; il paziente ha iniziato a soffrire di dolore e di evacuazioni intestinali a causa di una grave stitichezza. I genitori sono stati informati che il paziente non sarà in grado di camminare senza un aiuto e attualmente gli stanno insegnando come usare una sedia a rotelle. Il paziente non può tagliare il suo cibo e deve essere sorvegliato per assicurarsi che non soffochi con il cibo perché non sa quando respirare o quando smettere di respirare per mangiare. Il paziente è interessato solo a video, musica e gli piace costruire o premere cose. Non ha alcun uso del braccio destro o della gamba destra e ha rigidità in entrambe le gambe. È stato riferito che il paziente è stato anche vaccinato con una

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				seconda vaccinazione MPR il 1/4/95. Dopo una revisione interna, l'emiplegia, la paralisi cerebrale, il coma, il ritardo dello sviluppo e il disturbo cognitivo del paziente sono stati considerati un ""Altro evento medico importante"."I genitori sono stati informati che il paziente non sarà in grado di camminare senza un ausilio e attualmente gli stanno insegnando come usare una sedia a rotelle. Il paziente non può tagliare il suo cibo e deve essere sorvegliato per assicurarsi che non soffochi con il cibo perché non sa quando respirare o quando smettere di respirare per mangiare. Il paziente è interessato solo a video, musica e gli piace costruire o premere cose. Non ha alcun uso del braccio destro o della gamba destra e ha rigidità in entrambe le gambe. È stato riferito che il paziente è stato anche vaccinato con una seconda vaccinazione MPR il 1/4/95. Dopo una revisione interna, l'emiplegia, la paralisi cerebrale, il coma, il ritardo dello sviluppo e il disturbo cognitivo del paziente sono stati considerati un ""Altro evento medico importante"."I genitori sono stati informati che il paziente non sarà in grado di camminare senza un ausilio e attualmente gli stanno insegnando come usare una sedia a rotelle. Il paziente non può tagliare il suo cibo e deve essere sorvegliato per assicurarsi che non soffochi con il cibo perché non sa quando respirare o quando smettere di respirare per mangiare. Il paziente è interessato solo a video, musica e gli piace costruire o premere cose. Non ha alcun uso del braccio destro o della gamba destra e ha rigidità in entrambe le gambe. È stato riferito che il paziente è stato anche vaccinato con una seconda vaccinazione MPR il 1/4/95. Dopo una revisione interna, l'emiplegia, la paralisi cerebrale, il coma, il ritardo dello sviluppo e il disturbo cognitivo del paziente sono stati considerati un ""Altro evento medico importante"."

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				"Sono state ricevute informazioni da uno studio legale straniero in merito a un maschio di 15 mesi che l'11/01/94 è stato vaccinato con MMRII (lotto 607400/0612W; lotto 818840U). Il 07/01/94 circa, la madre del paziente ha riferito che il paziente piangeva tutta la notte, era apiretico, aveva il naso che cola e aveva URTI virale. È stato riferito che il comportamento del paziente sembrava deteriorarsi in modo significativo, dopo la vaccinazione, a 15 mesi e che il principale deterioramento del suo comportamento è stato notato 5-7 giorni, dopo la vaccinazione, il 16/01/94 circa. Il paziente è diventato irritabile in associazione alla viremia e ha sviluppato un'eruzione cutanea significativa tipo morbillo che è durata 3-4 giorni. Il paziente è scoppiato a piangere spontaneamente, è diventato sempre più appiccicoso ai suoi genitori, ""stropicciava gli occhi dando l'impressione di provare dolore"", aveva un cattivo schema del sonno, si svegliava diversi volte durante la notte che richiedevano rassicurazioni e rideva e sorrideva senza motivo. Aveva episodi intermittenti e imprevedibili durante il giorno in cui si colpiva la testa con le mani e la scuoteva da una parte all'altra. Tendeva a correre ovunque e ""salire in punta di piedi"". Si sedeva e guardava i giocattoli ma non riusciva a giocarci in modo appropriato. Le capacità comunicative del paziente erano scarse per la sua età, non aveva parole riconoscibili, aveva un viso inespressivo per la maggior parte del tempo e occasionalmente aveva sguardi vuoti senza risposta alla stimolazione visiva. Il paziente è stato diagnosticato nel 4/94 con una lieve encefalite con episodi persistenti di sofferenza, sbattere la testa, disturbi del sonno e primi segni di difficoltà di comunicazione. Aveva anche una serie di infezioni all'orecchio. Il 9/2/94, è stato riferito che il paziente non stava meglio, era irritabile/piangeva, aveva la febbre e che aveva avuto una convulsione febbrile quella notte. Fu ricoverato al pronto soccorso con diagnosi di ""attacco febbrile...infezione virale"" e aveva sviluppato un'eruzione cutanea non specifica. Il 7/9/94, il paziente aveva fatto pochi o nessun progresso nelle capacità comunicative, era ossessivo e non riusciva a dormire nel suo letto di notte. L'8/11/94, fu segnalato che il paziente era stato diagnosticato come affetto da autismo. Il 12/12/94, il paziente aveva diarrea e mughetto e aveva problemi di sviluppo/comportamento. Il 27/12/94, il paziente aveva URTI, febbre recente, vomito, tosse catarro peggiore durante la notte, stanchezza notturna e naso che cola. Fu segnalato il 20/1/95, che il paziente era aggressivo nei confronti della sorella. L'8/9/96, aveva otite bilaterale e il 30/9/96 zoppicava. Il paziente si spalmava le feci a casa, tendeva a passare da un'attività all'altra e aveva una capacità di concentrazione limitata. Il 5/7/01 è stato segnalato che il paziente continuava a sbattere la testa, aveva mal di testa cronici e dolori intestinali. Il 29/7/01, il paziente ha sviluppato un'eruzione cutanea orticarioide e soffriva continuamente di stitichezza o diarrea. Dopo un esame interno, l'UTI ha segnalato il 22/4/94, convulsioni febbrili segnalate il 2/9/94 e il 24/10/94,diarrea e vomito segnalati il 4/12/94 e anca irritabile correlata a ripetute infezioni toraciche segnalate il 16/10/96 sono stati riscontri incidentali. Sono state richieste ulteriori informazioni."
0181222-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	
0181506-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Sono state ricevute informazioni da un'agenzia riguardanti un neonato che il 12/01/99 è stato vaccinato con MPR. Il 20/01/99 il paziente ha manifestato rash, congiuntivite, febbre e comportamento anomalo e la meningoencefalite è persistita. Il relatore ha ritenuto che rash, congiuntivite e febbre fossero probabilmente correlati alla terapia con vaccino MPR e che il comportamento anomalo non lo fosse. Rash, congiuntivite, febbre, comportamento anomalo e meningoencefalite sono stati considerati invalidanti. Non sono previste ulteriori informazioni.
Numero di telefono: 0182531-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	"Sono state ricevute informazioni da un'autorità sanitaria riguardanti un maschio di 15 mesi che il 7/2/02 è stato vaccinato con la prima dose di MMRII. Il 14/2/02, il paziente ha sviluppato febbre, convulsioni seguite da un'eruzione cutanea morbilliforme rossa e sintomi di encefalite osservati come personalità alterata, inconsolabilità, aggressività e disturbi dell'andatura. Il paziente è stato ricoverato in ospedale e, in ospedale, è caduto e ha battuto la testa. È stato notato che il paziente è stato trattato per 5 giorni con "primcillina" (penicillina) per tonsillite (data di inizio e fine non segnalate). Il paziente è stato considerato non ancora guarito. La valutazione del segnalatore è stata "i sintomi sono considerati un'encefalite minore causata dal vaccino". Non sono disponibili ulteriori informazioni."

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
Numero di telefono: 0183593-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	"Sono state ricevute informazioni da uno studio legale estero in merito a una paziente che il 30/03/94 è stata vaccinata con MMRII (lotto 604386/1224V). Successivamente, la paziente avrebbe manifestato encefalite, parkinsonismo e problemi intestinali. Dopo una revisione interna, encefalite e parkinsonismo sono stati considerati ""Altri eventi medici importanti"". Non sono disponibili ulteriori informazioni. È stato ricevuto un follow-up sotto forma di un rapporto di una valutazione eseguita da un neurologo pediatrico consulente il 02/07/96. La nonna della paziente l'ha accompagnata in clinica. La paziente aveva un'atassia progressiva che era stata particolarmente evidente nei diciotto mesi precedenti. La paziente sorrideva a 6 settimane, sedeva senza supporto a 6 mesi e camminava tra i mobili prima di compiere un anno. La paziente aveva iniziato a camminare autonomamente a un anno di età e a 16 mesi trottava. Fin da piccola la paziente correva con le braccia tese e i nonni pensavano che lo facesse solo perché era sovrappeso. La paziente ha smesso di correre all'improvviso all'età di due anni e mezzo. Si ricordava che non era mai stata in grado di camminare all'indietro e aveva difficoltà a girarsi. Non era mai stata in grado di salire e scendere le scale, essendo sempre salita a quattro zampe e scendendo sul sedere. Si è notato che alcuni giorni la paziente si rifiutava persino di camminare. Ha iniziato a cadere quando aveva tre anni e crescendo ha avuto la tendenza a cadere di più ed è meno sicura di sé. Evitava la compagnia di altri bambini poiché doveva solo essere spinta per cadere. La nonna ha fatto risalire il peggioramento al momento di un'anestesia che le è stata somministrata durante l'inserimento dei grommet all'inizio del 1995. La paziente lamentava dolore alle gambe se camminava per più di 50 iarde. Intorno a marzo del 1996, la paziente ha avuto qualche cambiamento nella chiarezza del suo linguaggio e sembrava balbettare. I suoi nonni non pensavano che il suo linguaggio precoce fosse ritardato e hanno riferito che stava facendo progressi a scuola. Non c'era alcuna perdita di capacità motorie fini. Riusciva a nutrirsi con un cucchiaio e a tenere in mano un pastello. Aveva difficoltà a indossare i vestiti, ma cercava di vestirsi da sola. La salute generale della paziente era buona. La paziente è una dei due figli di una madre che ha lasciato casa poco dopo la nascita della paziente. La sorellastra della paziente sta bene. C'era una storia di abuso di droghe da parte della madre. La paziente è nata dopo 38 settimane di gestazione con un peso alla nascita di cinque libbre. Il periodo postnatale immediato è stato privo di eventi, ma a due mesi è stata ricoverata in ospedale per bronchiolite. L'aumento di peso della paziente era por e trascorreva i giorni feriali con la madre e i fine settimana con la nonna che non aveva difficoltà a nutrire la paziente ma ricordava di averla dovuta svegliare per le poppate. Non era floscia. Poi ha avuto un'otite media ricorrente ed è stata sottoposta all'inserimento di un drenaggio.Al momento della visita del 7/2/96, la nonna della paziente era preoccupata per i cambiamenti della pelle della paziente. Fu notato che anche con poca luce solare il viso della paziente si sarebbe bruciato eccessivamente e che avrebbe dovuto usare una crema protettiva per le aree scoperte. Si preoccupò anche per i cambiamenti progressivi della pelle delle sue mani. All'esame la paziente era di aspetto normale. C'era un po' di eritema facciale nell'area malare con iperpigmentazione lentigginosa e alcune aree di pelle atrofizzata ipopigmentata. Gli stessi cambiamenti furono notati sulle superfici estensorie di entrambe le mani. C'era una singola striscia ipopigmentata sul polpaccio sinistro. Non c'erano teleangectasie sulla pelle o sulle congiuntive. I movimenti oculari esterni erano completi senza nistagmia e nessuna aprassia motoria oculare. I fondi erano normali e non c'erano anomalie dei nervi cranici. La paziente parlava solo molto poco ma non c'erano prove di alcuna disertria. Il tono degli arti era normale nelle braccia, con potenza normale prossimalmente e distalmente e riflessi normali. Non c'era atassia degli arti superiori. La sua andatura era ampia e cadeva facilmente da entrambi i lati. Aveva particolare difficoltà a cambiare direzione o a girarsi. Non era in grado di saltare. Non era in grado di stare su un piede o sulle punte. Poteva alzarsi rapidamente da terra senza la manovra di Gower. C'era resistenza alla dorsiflessione della caviglia bilateralmente. I suoi riflessi tendinei erano presenti solo nelle gambe senza rinforzo. Le risposte plantari erano flessorie. La paziente aveva un'atassia della linea mediana che dall'anamnesi era progressiva. Una risonanza magnetica cerebrale non ha rilevato alcuna anomalia cerebellare. Inoltre, creatina chinasi, alfa-fetoproteina, lattato plasmatico, ammoniaca nel sangue, striscio di sangue per acantociti e

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				colesterolo, così come le immunoglobuline erano normali, sebbene IgA e IgM fossero appena al di sotto del limite inferiore della norma. Il perito ha ritenuto che la paziente potesse avere Keroderma pigmentomum, un disturbo della riparazione del DNA, e sembrava più probabile dell'atassia telangiectasia in considerazione della normale proteina alfa-feto della paziente e dell'assenza di aprassia oculomotoria. È stata ordinata una biopsia cutanea per confermare la diagnosi. Il 12/1/98 la paziente è stata nuovamente esaminata. Non c'erano nuovi reperti. È stato notato che la paziente aveva ripetuti mal di gola, tosse, infezioni alle orecchie e labbra screpolate. Aveva anche una tendenza alla stitichezza, ma evacuava quotidianamente. Il suo appetito era variabile. È stato notato che poteva girarsi in senso orario ma non antiorario. Quando camminava tendeva a iperestendere il ginocchio destro e teneva flesso il ginocchio sinistro. Riusciva a stare in piedi con i piedi uniti, nel qual caso tendeva a flettere il ginocchio destro. Di nuovo non c'erano prove di atassia cerebellare. I suoi riflessi erano presenti e il problema predominante era un'atassia sensoriale. A seguito di una revisione interna, l'otite media con inserimento di drenaggio e alterazioni cutanee sono state considerate reperti occasionali,e l'encefalite e il parkinsonismo sono stati considerati altri eventi medici importanti. Non sono disponibili ulteriori informazioni. (OMIC)"
0184180-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	"L'eruzione cutanea da varicella si è manifestata la domenica successiva, il 24 marzo. Dal 24 marzo al 5 aprile, ha sviluppato un caso conclamato di varicella con circa 150+ macchie e una temperatura che ha raggiunto i 102 gradi. Sabato 6 aprile abbiamo notato che era sbilanciato e il suo busto tremava in modo incontrollabile. Giovedì 11 aprile non era in grado di camminare più di uno o due passi e aveva difficoltà anche a gattonare. Abbiamo fatto una risonanza magnetica e gli è stata diagnosticata un'encefalite causata dal virus della varicella. Venerdì 12 aprile lo abbiamo portato all'ospedale pediatrico dove hanno attribuito la sua condizione a una cerebellite post-infettiva. Domenica 14 aprile ha iniziato a vomitare circa 3 volte al giorno. Giovedì 18 aprile lo abbiamo riportato in ospedale dove hanno eseguito una TAC per escludere la presenza di liquido nel cervello. In quel momento ha anche ricevuto liquidi per via endovenosa per disidratazione. Da allora, le sue condizioni non sono cambiate. Non è ancora in grado di camminare affatto, a malapena fare un ""cammino militare"" di oltre 3 piedi. Vomita ancora circa 4 volte al giorno, è molto irritabile, frustrato e ha bisogno di due persone che si prendano cura di lui 24 ore al giorno. Non ha avuto febbre da quando l'eruzione cutanea della varicella si è ricoperta di croste intorno al 3 aprile. Abbiamo un appuntamento di controllo con un neurologo pediatrico dell'ospedale. Al momento non ci sono trattamenti disponibili e non gli è stato somministrato alcun farmaco per alleviare i sintomi, a parte il Tylenol. Al momento non sono sicuri di una disabilità permanente. Diagnosi di neuroblastoma. Il rapporto di controllo ricevuto il 13/05/2002 aggiunge: Diagnosi di neuroblastoma, probabilmente presente dalla nascita."

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0189253-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	"Sono state ricevute informazioni da uno studio legale straniero riguardanti un *maschio di 14 mesi (nato il 24/06/93) con una storia di ittero neonatale, infezione toracica e bronchiolite,* che il 27/07/94 *all'età di 13 mesi* è stato vaccinato con una prima dose di MMRII. *Non c'era una storia familiare definita di epilessia, difficoltà di apprendimento, problemi di linguaggio, autismo o problemi alla tiroide. Il nonno paterno del PT potrebbe aver sviluppato il morbo di Alzheimer intorno all'età di 60 anni. Il padre del PT aveva una storia di asma infantile e l'unica sorella del PT, una sorella maggiore, ha mostrato uno sviluppo normale. Durante la gravidanza, la madre del PT ha sofferto di infezioni del tratto respiratorio e infezioni da Candida. Il parto è stato normale a 41-42 settimane e il PT pesava circa 8,5 libbre alla nascita. Non è stata richiesta alcuna rianimazione eccessiva. Il PT ha sviluppato un leggero ittero che non ha richiesto alcun intervento specifico. trattamento e allattato bene e dormito regolarmente. Il 27/07/94 subito dopo la vaccinazione con MMRII, il PT è diventato infelice, senza vita e inerte e ha anche sviluppato una febbre alta. C'era anche una zona rossa e dolorante attorno al sito della vaccinazione. La prima notte dopo la vaccinazione, il PT era irrequieto e angosciato e voleva costantemente essere confortato. Queste Sx sono durate circa 24 ore. È stato riferito che il PT aveva regolarmente temperature alte dopo la vaccinazione. Nelle 4 settimane successive, nell'agosto del 94 a 14 mesi di età, il PT aveva perso la sua interazione e non voleva essere tenuto in braccio. Perse interesse per i suoi giocattoli e smise di sorridere, fissando solo nel vuoto. Non c'era contatto visivo con nessuno tranne un contatto fugace con sua madre. Il PT smise di usare le parole usate in precedenza prima della vaccinazione tranne ""mamma"" e smise di imparare a dire nuove parole. Il PT comunicava afferrando il braccio della madre e grugnendo o urlando per ottenere ciò che voleva. Il PT sviluppò delle ossessioni, tra cui guardare video costantemente, allineare i giocattoli nello stesso ordine e far girare le ruote. Comportamenti strani a quel tempo includevano sbattere le mani e camminare sulle punte. Successivamente (ma prima dei 18 mesi) il PT sviluppò una perdita di controllo della temperatura, soprattutto di notte quando la madre lo trovava sveglio a letto grondante di sudore. In altre occasioni, il PT non sentiva le basse temperature esterne ed era ignaro di queste reazioni. Intorno ai 15 mesi, il PT sviluppò dei capricci e dei colpi alla testa e perse il contatto visivo. Il PT non tollerava più i tentativi di interagire con lui e non apprezzava il pericolo o i comportamenti inappropriati. A 18 mesi, il PT perse la coordinazione motoria fine, ad esempio la capacità di usare le posate per mangiare. La madre del PT riferì che il PT mostrava riluttanza o difficoltà nel completare molti dei compiti richiestigli al suo controllo di sviluppo a 18 mesi. Comunicava tramite gesti e urla e divenne ossessionato dai cucchiai e dalla routine. A questa età, il fisioterapista contrasse un grave episodio di varicella caratterizzato da un'eruzione cutanea estesa,febbre alta e vomito ed è stato ricoverato in ospedale per circa 1 settimana. È stato curato per encefalite con acilovir per via endovenosa. Una puntura lombare eseguita in quel periodo era normale. Da quel momento, la dieta del fisioterapista è diventata più limitata e ha sviluppato ossessioni e mode con il cibo. Il fisioterapista ha sviluppato infezioni persistenti all'orecchio (rilevamento incidentale) da quel momento ed è diventato ancora più introverso e distante. Il fisioterapista è stato visitato da un pediatra quando aveva 3 anni per essere valutato per ""problemi causati"" ed era un bambino iperattivo. Il medico ha riferito che il fisioterapista era considerato affetto da ritardo dello sviluppo e che aveva alcune caratteristiche dell'autismo secondo una precedente valutazione di un altro medico. Tuttavia, uno psicologo educativo che aveva visitato il fisioterapista in precedenza non lo considerava autistico. Il medico ha riferito che i genitori del fisioterapista ritenevano che il suo sviluppo in avanti fosse stato inferiore rispetto a prima della varicella. All'esame clinico il medico ha notato che il PT era un bambino ben cresciuto senza microcefalia e senza deficit neurologici focali che potessero essere descritti con certezza, ma che aveva alcune caratteristiche dell'autismo. Il medico ha ritenuto che la questione da risolvere fosse se si trattasse di una "situazione" congenita, o se si trattasse di una situazione in atto dopo e a causa del suo attacco di varicella e ha indirizzato il PT a un neurologo. A 3 anni e mezzo, il PT è stato valutato da uno psichiatra a causa di preoccupazioni che avesse autismo e ritardo dello sviluppo in tutte le aree tranne lo sviluppo motorio grossolano. Il medico ha riferito che secondo i suoi genitori, il PT era stato un bambino perfettamente normale fino a quando, a 18

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				mesi di età, ha contratto la varicella e l'encefalite. Dopo la sua guarigione dall'episodio acuto, hanno scoperto che il suo sviluppo era rallentato e aveva perso molte delle abilità che aveva precedentemente acquisito. Soffriva di gravi infezioni alle orecchie e a un certo punto sua madre si chiese se fosse sordo e lui smise di interagire e rispondere al linguaggio. Questa preoccupazione peggiorò quando a 28 mesi il fisioterapista non parlava affatto. Il medico ha riferito che in precedenti valutazioni il fisioterapista era stato diagnosticato come affetto da ritardo in tutte le aree tranne lo sviluppo motorio e aveva una grave disabilità di apprendimento con alcune caratteristiche autistiche. I genitori erano rimasti piuttosto scioccati da questa diagnosi, sebbene avessero riconosciuto che il fisioterapista aveva alcune caratteristiche autistiche poiché era solito scuotere la testa violentemente, giocare con le mani e agitarle, non giocare con gli altri bambini e reagire bene solo alla famiglia. Dal punto di vista dello sviluppo, il medico ha riferito che il fisioterapista "scivolava" a 7 mesi e non gattonava mai correttamente e sedeva senza supporto a 6 mesi e camminava a 12 mesi. Il fisioterapista era stato addestrato a usare il vasino a 10 mesi e rimaneva completamente asciutto di notte da quando aveva 24 mesi. Il medico ha osservato che al momento della valutazione, il fisioterapista stava mangiando una gamma limitata di alimenti con un adeguato apporto di liquidi e integratori vitaminici e che il padre del fisioterapista ricordava di aver mangiato una gamma di alimenti altrettanto limitata fino all'età di 6 o 7 anni.È stato anche notato che il fisioterapista dormiva bene e non aveva problemi con le sue abitudini di eliminazione. La salute generale del fisioterapista e le sue capacità motorie grossolane erano buone e non c'erano prove di tic, epilessia, problemi visivi o uditivi. Il fisioterapista era in grado di seguire le istruzioni fornite senza segnali visivi, contestuali o gestuali e utilizzava ripetutamente l'ecolalia immediata. Non c'erano prove di ecolalia ritardata o inversione pronominale. Il fisioterapista non utilizzava domande ripetitive ma interrompeva le conversazioni e utilizzava il balbettio per la comunicazione sociale. Il medico ha riferito che nei 3-6 minuti precedenti la valutazione i tentativi di comunicazione e linguaggio del fisioterapista erano notevolmente aumentati poiché aveva ricominciato a indicare mentre diceva ""guarda"" e salutava con la mano e che stava facendo progressi nel riacquistare queste capacità. C'era variabilità nell'espressione emotiva del fisioterapista e stava appena iniziando a stabilire un buon contatto visivo, sebbene il contatto visivo fosse scarso con gli estranei. Aveva appena iniziato ad andare verso persone sconosciute, ma solo quando i suoi genitori erano in giro. Il fisioterapista era più appiccicoso quando era ansioso o spaventato, ma la sua angoscia si alleviava quando i suoi genitori lo tenevano e lo confortavano. Il medico ha riferito che il fisioterapista a volte scuoteva violentemente la testa, sebbene questo comportamento fosse diminuito di recente e fino a 6 mesi fa era solito sbattere la testa sul pavimento se rimproverato. È stato notato che il fisioterapista continuava a sbattere la testa contro gli oggetti di frequente, ma non sembrava esserci una chiara indicazione se il fisioterapista avesse una soglia anomala per il dolore. Il medico ha riferito che il fisioterapista aveva un gioco spontaneo limitato, ma copiava gli altri e non si impegnava più in attività ripetitive, sebbene fosse solito salire e scendere dalla sua ""macchina a bolle"" toccando un certo punto e tornando alla macchina, oltre a dover sempre toccare cucchiai o portarseli dietro. Non aveva preoccupazioni o rituali insoliti all'ora dei pasti o prima di andare a letto e non era resistente al cambiamento. All'esame, il medico ha notato che, a parte il suo gioco stereotipato con le dita, il fisioterapista non mostrava anomalie di movimento né caratteristiche dismorfiche e non aveva problemi di articolazione. Tuttavia, era evidente che la gamma di vocabolario e la comprensione del linguaggio del fisioterapista erano ritardate per un bambino della sua età. Il medico ha ritenuto che il fisioterapista avesse avuto una nascita e uno sviluppo precoce abbastanza tranquilli senza una storia familiare di disturbi pervasivi dello sviluppo ed è stato in una fase in cui il fisioterapista stava già iniziando a usare singole parole con significato e stava iniziando a essere addestrato al vasino mentre stabiliva normali interazioni sociali con i membri della famiglia e gli estranei che ha contratto la varicella e successivamente l'encefalite. Il medico ha ritenuto che il fisioterapista avesse abbastanza caratteristiche di autismo all'età di 3 anni per essere diagnosticato con un disturbo autistico ma con il suo miglioramento nel linguaggio una diagnosi molto probabile sarebbe stata autismo atipico, abile o ad alto funzionamento. Sebbene il medico non abbia eseguito test

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				formali,riteneva che dal livello di comunicazione del PT e a causa dei suoi recenti miglioramenti l'impressione clinica in questo momento fosse di una difficoltà di apprendimento più moderata e che, sebbene non possa essere dimostrato, l'autismo del PT potrebbe essere post-encefalitico. Il 7/11/97 il PT è stato vaccinato con un richiamo di MMRII. L'8/11/98 all'età di 5 anni il PT è stato valutato da un altro medico per autismo, problemi di apprendimento moderatamente gravi, comportamento problematico e una dieta molto limitata e bizzarra. Il medico ha riferito che il PT era nato normalmente senza problemi neonatali e aveva avuto bronchiolite a 4 e 9 mesi. Le vaccinazioni del PT sono state completate nei tempi previsti e lo sviluppo precoce fino all'età di 18 mesi è stato segnalato come normale. A quel tempo, il PT ha contratto la varicella che ha portato all'encefalite e il suo progresso evolutivo si è fermato e poi è gradualmente regredito. Il medico ha osservato che il PT era stato completamente esaminato ed era stato visitato da un neurologo pediatrico. È stata eseguita una risonanza magnetica cerebrale e i risultati erano normali. Nel marzo 97 il PT è stato indirizzato a un team di psichiatri infantili e gli è stata diagnosticata un'autismo infantile atipico. Al momento della valutazione, il medico ha riferito che il PT aveva fatto lenti progressi durante i precedenti 12-18 mesi. Stava molto meglio socialmente ma ancora alle sue condizioni. È stato riferito che era felice, che tollerava la presenza di altri bambini ma che ancora non giocava o interagiva socialmente con quelli della sua fascia d'età e l'interazione era migliore con gli adulti. Il linguaggio del PT era migliorato ed era in grado di usare parole e frasi. Tuttavia, gran parte del suo linguaggio era ancora ecolalico e non sempre aveva uno scopo comunicativo. La madre ha riferito che non era possibile avere una conversazione con il PT. Il gioco del PT era ancora rudimentale e aveva sviluppato un'abitudine compulsiva di sbattere le mani nei precedenti 6-7 metri, che sembrava essere la sua preoccupazione principale. La sua dieta era estremamente limitata e piuttosto bizzarra. Il PT ha avuto periodi in cui bagnava il letto senza apparente motivo. All'esame il PT sembrava ben nutrito e ben curato. Altezza e peso erano rispettivamente 112 cm e 20 kg, entrambe le misurazioni erano appena sopra il 50° percentile per la sua età. La sua circonferenza cranica era di 52,7 cm, che era sul 75° percentile e non c'erano caratteristiche dismorfiche. Il PT aveva piccoli idrocali lassi bilaterali (rilevamento incidentale) ma entrambi i test erano discesi. Non c'erano prove di alcuna sindrome neurocutanea. Dalla valutazione precedente e dall'attuale quadro clinico, il medico ha ritenuto che la diagnosi di autismo fosse ""chiaramente fuori dubbio"" e ha indirizzato il fisioterapista e la sua famiglia a un ulteriore aiuto da parte di esperti in questo ambito.* Dopo una revisione interna, l'autismo del paziente è stato considerato un ""altro evento medico importante"". *Le infezioni dell'orecchio e l'adenoidentomia sono state considerate riscontri incidentali.* Non sono disponibili ulteriori informazioni. Una copia della cartella clinica completa del fisioterapista è disponibile su richiesta.* Un rapporto di follow-up di 15 giorni ricevuto il 17/04/2003 aggiunge: Ulteriori informazioni in un riepilogo del paziente affermano che il farmaco precedente era Salactol Paint use asd 10ml, ultima erogazione il 09/03/2001, e Magnapen Syrup 5ml gds 2*100ml, ultima erogazione il 19/11/2001. Dopo una revisione interna, l'autismo del paziente è stato considerato un altro evento medico importante. Le infezioni dell'orecchio e l'adenoidectomia sono state considerate reperti incidentali. Non sono disponibili ulteriori informazioni. Una copia della cartella clinica completa del paziente è disponibile su richiesta."
Numero di telefono: 0189358-1	**ENCEFALITE**	**1-2 anni**	**Maschio**	STATO DI ENCEFALITE EPILETTICA Il follow-up a 60 giorni afferma convulsioni, decesso. Il 25 ottobre 2002, il paziente è morto a causa di complicazioni delle sue convulsioni. Il riepilogo delle dimissioni ricevuto il 23/09/2002 afferma infezione virale, epatomegalia, anemia e trombocitosi.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				Da corrispondenza via fax ricevuta dal produttore il 10/01/03 è stato segnalato che un bambino di 17 mesi è stato vaccinato con il vaccino Haemophilus influenzae di tipo B (Act-Hib) e MPR. Nove giorni dopo ha sviluppato febbre fino a 40 gradi C e convulsioni. Dieci giorni dopo la vaccinazione è stato osservato edema ed epatopatia e il bambino è stato ricoverato in ospedale. L'esito è stato segnalato come parzialmente guarito. Sono attese ulteriori informazioni. Follow up il 20/01/2003: traduzione completa del rapporto iniziale del 07/01/2003, ricevuto il 20/01/2003. Il 14/11/2002 il bambino ha avuto diarrea, che è peggiorata e il giorno seguente il bambino ha sviluppato febbre fino a 40 °C. Il 15/11/2002 il bambino ha iniziato ad avere convulsioni e deviazione degli occhi. È stato trasferito in ospedale. All'arrivo, è iniziata la respirazione spontanea, le pupille erano piccole e non c'era contatto visivo. La valutazione iniziale con RM dell'encefalo ha mostrato una carenza di materia conforme all'encefalomielite acuta disseminata (ADEM), piuttosto grave. Insufficienza epatica moderata con fattore V 24%, colesterolo 2,3, AST e ALT fino a 4000, LD fino a 9000, lattato normale, bilirubina e gamma OT normali. L'ecografia ha mostrato fegato granulare in tutto, senza cambiamenti focali. Ha ricevuto un trattamento cortisonico sistemico per l'ADEM. Il controllo RM del 19/11/2002 ha mostrato cambiamenti della mielina, ora più estesi, che hanno raggiunto il livello del cervelletto e del tronco encefalico. È stata concordata una plasmaforesi ed è stata eseguita cinque volte entro il 26/11/2002. Questi sono stati seguiti da Venogamma 23 g iv Dopo un'iniziale profonda incoscienza, il livello di coscienza ha iniziato a migliorare chiaramente, coincidendo con le fasi terminali della plasmaferesi. I valori epatici e i fattori della coagulazione hanno iniziato a migliorare rapidamente. La biopsia epatica non ha mostrato nulla di indicativo di infezione o malattia metabolica. Nessuna indicazione di malattia metabolica. neanche nei test di laboratorio. È stata anche ampiamente esaminata l'eziologia dell'infezione. È stato eseguito un pannello di encefalite del liquido cerebrospinale (CSF) in aggiunta alle valutazioni di routine: il test CEP di base era pulito. Il 26/11/2002, alla visita con il neurologo infantile, le pupille erano dilatate, reattive alla luce. Il bambino si guardava intorno, reagendo chiaramente alla luce, seguendola, guardando il proprio riflesso nello specchio, sorridendogli. Quando è stato sollevato, era seduto con un piccolo supporto, portando la testa. Nel test di trazione, tuttavia, non è stato in grado di portare la testa. Il tronco era floscio, seduto nella carrozzina si inclina principalmente. Muove mani e piedi, nessuna coordinazione occhio-mano chiaramente intenzionale. I riflessi tendinei sono simmetrici, vividi, Baninski prontamente positivo. Il ragazzo ha una reazione clinicamente estesa di tipo ADEM con eziologia sconosciuta. Il controllo del liquido cerebrospinale è stato prelevato 3 settimane dopo il campione prelevato il 18/11/2002, ovvero il 09/12/2002. È stato prelevato il pannello dell'encefalite ma invece della colorazione e della coltura batterica e della coltura virale, sono stati determinati l'indice TgG e l'oligoclonalità del liquido cerebrospinale. Il controllo EEG è stato eseguito il 27/11/2002, il risultato non è ancora disponibile.Le precedenti registrazioni EEG hanno mostrato un forte disturbo generale, fluttuazioni della normalità e risposte pronte agli stimoli sensoriali. L'eziologia della malattia rimane aperta. Le valutazioni approfondite per le infezioni e le condizioni metaboliche finora non hanno rivelato nulla. Gli esami tossicologici presso il laboratorio forense sono ancora in corso. Il ragazzo ha avuto diversi episodi di otite. A settembre 2002 adenoidectomia e intubazione timpanostomica. Aveva avuto feci molli ed è stato valutato presso il centro sanitario per questo. I test per la celiachia sono risultati negativi. Il monitoraggio della gravidanza è stato eseguito a intervalli di un mese e tutto è andato bene. Parto con taglio cesareo a causa di asfissia e presentazione verticale. Punteggio Apgara 9/10.
0196111-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				"Sono state ricevute informazioni da un medico riguardanti un paziente di circa 12 mesi che il 17/01/03 circa è stato vaccinato con una dose di MPR (seconda generazione) (lotto n. non riportato). La terapia concomitante includeva il vaccino contro il virus della varicella vivo. Il 26/01/03 circa il paziente ha sviluppato un'eruzione cutanea e naso che cola. Pochi giorni dopo, il paziente ha sviluppato congiuntivite, secchezza delle mucose, letargia ed è stato notato che l'eruzione cutanea si stava espandendo. Il paziente è stato ricoverato in ospedale e si sospetta che abbia il morbillo. Al 31/01/03 il paziente è ancora ricoverato. Sono state richieste ulteriori informazioni. Segnalato il 04/04/2003: ""Il 15/01/2003 il paziente è stato vaccinato con una dose di vaccino contro il virus del morbillo vivo (+) vaccino contro il virus della parotite vivo (+) vaccino contro il virus della rosolia vivo (seconda generazione) (lotto n. 643497/0770M). La terapia aggiuntiva includeva anche vaccinazione il 15/01/2003 con una dose di vaccino vivo contro il virus della varicella (lotto n. 643121/0548M). Al follow-up l'infermiera ha riferito che il paziente è stato visitato in ambulatorio il 19/01/2003 con sintomi simili al raffreddore, congestione nasale, scarsa assunzione di cibo e vomito. Il 22/01/2003 i sintomi simili al raffreddore si erano spostati nel torace del bambino. Il referto iniziale del medico aveva anche notato un raffreddore. L'infermiera ha riferito che il 25/01/2003 il bambino è stato visitato nell'ambulatorio del medico per un'eruzione cutanea e un'infezione delle vie respiratorie superiori. Le informazioni iniziali riportate dal medico avevano notato che circa il 29/02/2003 il bambino aveva sviluppato un'eruzione cutanea in espansione, mucose secche, letargia, congiuntivite e il bambino era stato ricoverato in ospedale con il sospetto di aver contratto il morbillo. Le informazioni di follow-up riportate dall'infermiera indicavano che il 28/01/2003 la bambina aveva sviluppato letargia ed era stata visitata per ""malattia infettiva"" in ospedale. La bambina era stata ricoverata in ospedale il 28/01/2003 e le era stata diagnosticata un'encefalite virale. L'infermiera ha riferito di non pensare che la bambina fosse stata curata con alcun farmaco specifico e ha riferito che il trattamento avrebbe potuto essere costituito da liquidi per via endovenosa e osservazione. Il 02/02/2003 la bambina è stata dimessa dall'ospedale. L'infermiera ha riferito che l'08/02/2003 la madre della bambina aveva chiamato l'ambulatorio del medico e aveva riferito che l'eruzione cutanea era migliorata ma non completamente scomparsa, poiché era ancora presente un'eruzione cutanea puntiforme. La madre ha anche riferito che la letargia della figlia era migliorata, ma che non era ancora tornata alla normalità. L'infermiera ha anche riferito che il 18/02/2003 la bambina era stata visitata nell'ambulatorio del medico con tosse, naso che cola e scarso appetito. All'esame è stato notato uno stridore inspiratorio con pianto. È stata notata una diagnosi discutibile di croup precoce. L'infermiera ha riferito che il bambino si stava ancora riprendendo dall'encefalite virale. Sono state richieste ulteriori informazioni. Al follow-up,L'infermiera ha riferito che il fratello del paziente ha avuto un evento avverso di otite media a seguito della vaccinazione con vaccino contro il virus del morbillo vivo (+), vaccino contro il virus della parotite vivo (+), vaccino contro il virus della rosolia vivo (seconda generazione) e vaccino contro il virus della varicella vivo (WAES# 0303USA02028)."
0197762-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Sconosciuto	

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0199984-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	"Abbiamo ricevuto informazioni da una consumatrice in merito alla figlia femmina di 12 mesi e quattro giorni che nel 1999 circa è stata vaccinata con una dose di MPR II. Quattro giorni dopo, la paziente ha sviluppato il morbillo, che ha portato all'encefalite. Successivamente, è stato riferito che la paziente ha avuto una crisi epilettica di quattro ore ed è stata ricoverata in terapia intensiva per tre giorni ed era "letteralmente a pochi minuti dal supporto vitale". Sei mesi dopo, la paziente ha avuto una crisi epilettica di un'ora e mezza. È stata nuovamente ricoverata in ospedale e messa in terapia intensiva "dove il supporto vitale era imminente", sebbene non somministrato. Quattro anni dopo, nel 2003 circa, è stato riferito che "le nostre vite sono un inferno". La reporter ha affermato che sua figlia aveva un ritardo nello sviluppo, un ritardo nel linguaggio e in genere aveva 5-6 crisi epilettiche al mese. La paziente è stata iscritta a un corso di istruzione speciale e tutti i farmaci anticonvulsivanti avevano indicato che le cadute dovute alle crisi erano estremamente pericolose e potevano essere fatali. La reporter non è in grado di lavorare, il che ha comportato la perdita entrate familiari. La giornalista ha dichiarato che sua figlia soffre di ritardo dello sviluppo e del linguaggio, vomita quotidianamente, cade, indossa un casco da bicicletta e assume 2-3 farmaci che la sedano. Non sono disponibili altre informazioni."
0200889-1	ENCEFALITE TOSSICA	1-2 anni	Maschio	Sono state ricevute informazioni da uno studio legale in merito a un caso in contenzioso riguardante un maschio di 12 mesi vaccinato con MMR II. È stato affermato che, a seguito della vaccinazione somministrata nel periodo dal 30/03/94 al 17/04/98, il paziente è stato esposto a dosi molto elevate di mercurio e altri metalli pesanti contenuti nel conservante altamente tossico timerosal. È stato inoltre affermato che l'uso di MMR II vivo ha danneggiato il paziente causando tossicità da mercurio e lesioni neurologiche associate con sintomi e sequele specifici. È stato riferito che a 12 mesi, il paziente ha iniziato a lottare con le tappe dello sviluppo. A circa 4 anni, il paziente è stato neurologicamente devastato dall'accumulo di mercurio nel suo corpo, essendo stato esposto tramite esposizione multi-fonte, tra cui, ma non solo, emissioni di centrali elettriche, amalgame e vaccinazioni IM, da sole o in combinazione con MMR II. È stato riferito che la madre del paziente, una dentista, aveva delle amalgame inserite in bocca e aveva impiantato delle amalgame nella bocca del paziente mentre era incinta. Come risultato delle dosi cumulative di mercurio nell'ambiente, delle otturazioni in amalgama e dei prodotti contenenti timerosal che il paziente ha ricevuto da neonato e durante lo stato prenatale attraverso il cordone ombelicale dalla madre, ora soffre di lesioni gravi e permanenti dagli effetti neurologici tossici dell'avvelenamento da mercurio. Inoltre, al paziente era stata diagnosticata una condizione autistica, che in seguito è stata determinata essere un'encefalopatia indotta da mercurio con caratteristiche autistiche e/o un'encefalite indotta da virus con caratteristiche autistiche, una condizione i cui sintomi sono materialmente indistinguibili da quelli dell'avvelenamento da mercurio. Inoltre, il paziente ha contratto il virus del morbillo nei suoi fluidi spinali a seguito della vaccinazione con MPR II. In base alla revisione interna, l'avvelenamento da mercurio, i danni neurologici, l'encefalopatia indotta da mercurio con caratteristiche autistiche, l'encefalite indotta da virus con caratteristiche autistiche e il virus del morbillo nei fluidi spinali sono stati considerati altri eventi medici importanti (OMIC). Non sono disponibili ulteriori informazioni.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0210226-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	"Il 29/09/03 sono state ricevute informazioni da un medico in merito a una bambina di 4 anni vaccinata con vaccino vivo contro il virus della varicella. Successivamente, la paziente ha sviluppato l'herpes zoster. È stato riferito che ""il 10° giorno di herpes zoster ha sviluppato una meningite virale ed è stata ricoverata in ospedale."" Un test di reazione a catena della polimerasi (PCR) ha stabilito la presenza di varicella. Tuttavia, ""non sono riusciti a distinguere il virus di tipo selvaggio o il ceppo Oka."" Il 29/09/03 è stato riferito che la bambina stava molto bene e stava completando il suo ciclo di 7 giorni di aciclovir e si sospettava una completa guarigione. È stato notato che la paziente non aveva una storia di varicella né nessuno dei suoi fratelli. Sono state richieste informazioni aggiuntive. Follow up del 22/10/2003: ""Il 01/10/2003 la paziente è stata dimessa dall'ospedale dopo una degenza di 7 giorni. È stato notato che la paziente non aveva una storia di varicella né nessuno dei suoi fratelli. Il 10/03/2003 il medico curante ha dichiarato che il paziente ""continua a stare bene e si prevede una completa guarigione."" Un campione di una delle lesioni da herpes zoster del paziente doveva essere sottoposto a test. È stato anche notato che ""tutti i bambini della famiglia"" erano stati vaccinati. Non è stato coinvolto alcun reclamo sulla qualità del prodotto. Sono state richieste informazioni aggiuntive. Questo rapporto è un consolidamento di due rapporti ricevuti da due fonti diverse riguardanti lo stesso paziente. Il rapporto consolidato iniziale ricevuto il 25/09/2003 riportava encefalite come diagnosi. Un rapporto di follow-up di 15 giorni ricevuto il 16/12/2003 aggiunge: Il 22/10/2003, sono state ricevute informazioni di follow-up da un medico che ha riferito che un campione di liquido spinale con estratto di DNA, che era VZV +, era stato sottoposto a analisi PCR da eseguire. Il 30/10/2003 è stato riferito che i risultati preliminari della PCR sul CSF ricevuto erano negativi. I risultati di questo test dovevano essere verificati. Le informazioni di follow-up hanno riferito che il campione di CSF era stato raccolto il 25/09/2003, inviato al laboratorio il 22/10/2003 e ricevuto il 23/10/2003. Il campione di CSF includeva 600 ul e includeva anche 70 ul di DNA estratto dal CSF. Il DNA della B-globina è stato amplificato, c'era un campione adeguato e non è stato identificato alcun VZV (negativo). Il campione di CSF è stato testato più volte e i risultati finali della PCR hanno indicato che il CSF era negativo per la varicella. Il medico curante ha riferito di essere ""un po' perplessa"" dai risultati poiché il laboratorio del suo ospedale ha trovato il CSF positivo per il VZV. Ha anche aggiunto che mentre il laboratorio del suo ospedale ha trovato il CSF positivo per la varicella, lo hanno anche trovato negativo per l'enterovirus e il virus herpes simplex. È stato anche riferito che la bambina era completamente guarita dall'herpes zoster e dalla meningite asettica e che, a quanto si dice, "stava molto bene a casa". Non si prevedono ulteriori informazioni.
0212903-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	12/11 Febbre (temperatura 102) per circa 72 ore; aumento della sonnolenza. 13/11 Eruzione cutanea maculare papulare su viso e torace, petecchie epolatali, grave irritabilità. 15/11 Ho dormito tutto il giorno. 16/11 Mi sono svegliato con paralisi dell'arto superiore e inferiore sinistro; nessuna parola. Gonfiore del cervello, perdita della parola, perdita di ogni sensibilità nel lato sinistro. 14/01/03 Mio figlio fa terapia fisica e fisioterapia e fa la parola 3 volte a settimana per entrambi. Follow-up a 60 giorni 28/01/2004: Un genitore afferma che suo figlio fa fisioterapia 3 volte a settimana.
0218256-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Stato epilettica/crisi focali il 15/03/04. La cartella clinica e la cartella clinica ricevute il 02/04/04 indicano encefalite. La dimissione il 07/05/04 indica encefalite virale. Follow-up con la mamma il 30/03/04: Mangiare bene, camminare in modo positivo, nessuna ulteriore crisi. Impossibile contattare il paziente o la famiglia. 27/05/2005: Un mese dopo la reazione segnalata, il bambino è stato allontanato da casa e posto in custodia del sistema giudiziario, impossibile da localizzare, stato di recupero sconosciuto.
0218852-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Nessuna descrizione per questo evento.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0219644-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	"7 giorni dopo aver ricevuto il vaccino, il paziente ha avuto una febbre alta, con conseguenti convulsioni. I risultati delle convulsioni hanno causato il rigonfiamento del suo cervello, causando disabilità permanente. I dottori hanno detto che se fosse sopravvissuto, sarebbe stato un vegetale completo. Grazie alla preghiera e a molta terapia, sta bene ed è vicino a tornare alla normalità. I dottori dicono che probabilmente non tornerà mai completamente alla normalità, ma sono contenti dei progressi. Sta assumendo numerosi farmaci anticonvulsivanti per prevenire una recidiva. La cartella clinica del pronto soccorso e il riepilogo delle dimissioni del 05/06/04 affermano: convulsioni febbrili, infezione acuta delle vie respiratorie superiori, faringite, otite media, gastrite, esantema virale. La cartella clinica del 05/06/04 afferma: convulsioni afebbrili. Il follow-up infermieristico del 06/03/04 afferma: ""ADD: stato epilettico, papilledema, encefalite, infarti cerebrali, compromissione visiva corticale (convulsioni grande male, papilledema, encefalite, infarto cerebr, visione anomala)."" Per rapporto di follow-up annuale: 01/05/05 a oggi il paziente continua a prendere farmaci anticonvulsivanti e continua la terapia OT, pt logopedia, Ed precoce con ritardi dello sviluppo riceve anche terapia neuroevolutiva, ha ritardi significativi del linguaggio, il pt è molto piccolo per l'età, non è cresciuto in modo significativo dopo la lesione originale. Età 3 anni e 8 mesi peso 25 libbre, altezza 36 pollici."

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				Sono state ricevute informazioni da un'autorità sanitaria riguardanti un paziente maschio di 15 mesi con una storia di 3-4 casi di otite ed esantema subitum e nessuna allergia o reazione precedente che il 29 OTT 1998 è stato vaccinato per via intramuscolare nella natica sinistra con una prima dose di vaccino contro il virus del morbillo vivo (Moraten) (+) vaccino contro il virus della parotite vivo (Jeryl Lynn) (+) vaccino contro il virus della rosolia vivo (Wistar RA 27/3) (lotto V0231A1, come riportato). Il 29 OTT 1998, il paziente è stato vaccinato contemporaneamente per via intramuscolare nella natica destra con una terza dose di vaccino Hib conj (CRM 197) (HIBTITER) (lotto 443-302). È stato riferito che nell'ottobre 1998, il paziente potrebbe essere caduto dal lettino con la testa in avanti. Inoltre, nell'ottobre 1998, era probabilmente caduto dallo schienale di un divano e apparentemente aveva sbattuto la testa sul davanzale della finestra. Non c'erano testimoni dell'evento. Dopo l'evento, il bambino aveva ripreso conoscenza, ma era assonnato. I suoi genitori lo avevano portato in una clinica privata, dove era stato trovato sano. Il 5 novembre 1998, il paziente aveva sviluppato una febbre a 40 °C e rinite. Il 6 novembre 1998, gli era stata notata un'otite e il paziente era stato curato con amoxicillina. Il 7 novembre 1998, quando si era alzato da terra, il paziente era svenuto. Il bianco dei suoi occhi si era girato e il paziente era caduto a terra. In quel momento, il paziente aveva una febbre alta e nessun crampo. Si erano verificati disturbi dell'equilibrio nello stesso momento. Il paziente aveva barcollato mentre camminava e inciampato. Il paziente aveva imparato alcune parole già all'età di un anno, ma erano tutte scomparse dal linguaggio. Era anche più irritabile del solito. Il 07/11/1998, il paziente sviluppò un'encefalite e fu ricoverato in ospedale il 09/11/1998. Le valutazioni di laboratorio rivelarono che l'EEG in stato di veglia e la TC della testa erano normali. Un campione del liquido spinale non mostrava alcuna indicazione di infiammazione. Inoltre, gli anticorpi virali prelevati dal liquido cerebrospinale erano normali. L'urina era pulita. La proteina C-reattiva, la conta ematica basica, gli elettroliti, il capillare-Astrup e la glicemia erano normali. Gli anticorpi virali erano stati prelevati dal sangue e il livello di anticorpi adeno del siero era alto, il che confermava una recente infezione da adenovirus. Nel sangue furono trovati anticorpi del virus herpes 6, apparentemente i resti di una vecchia infezione. Il paziente fu dimesso in buone condizioni. Il 26/11/1998, il paziente fu visitato e in quel momento le sue condizioni erano buone, senza nulla di anomalo. Secondo i genitori, i disturbi dell'equilibrio erano scomparsi, ma la parola non era tornata. Inoltre, dormiva più del solito. Era stato consultato anche un neurologo pediatrico e il paziente era stato dimesso. Un altro controllo sarebbe stato programmato dopo alcune settimane. Durante questo controllo, sarebbe stato prelevato un secondo campione di anticorpi virali dal sangue. Secondo il neurologo, si trattava apparentemente di un caso di encefalite da cui il paziente si era ripreso rapidamente. Non si erano ottenute prove chiare di encefalite,ma il livello di adeno era alto nel siero. Il 22 settembre 1999, il paziente è stato visitato. Lo sviluppo del linguaggio era stato lento. A quel tempo, pronunciava alcune paroline, nessuna frase, parte delle parole che pronunciava male. La madre aveva iniziato a gesticolare per comunicare, e questo chiaramente facilitava la comprensione. Tuttavia, sperimentava quotidianamente frustrazione per non farsi capire, e poi poteva infuriarsi fino a 2,5 ore. Frequentava il gruppo di ispirazione dell'asilo nido una volta alla settimana. Il paziente era in buone condizioni generali. Movimento fermo, giocava volentieri sui suoi fianchi, preferiva la mano destra ma usava entrambe. Ha costruito una torre di mattoni, fatto un puzzle di pomelli e 3/5 della scatola di geometria. Gli occhi erano dritti. I timpani erano riflettenti e in movimento. Ha indicato alcune cose familiari dall'immagine in un libro, ma non è stato in grado di concentrarsi sul libro per molto tempo. Ha sentito alcune parole. Ha compreso le istruzioni quotidiane. È stato raccomandato di utilizzare le immagini oltre ai gesti per supportare la comunicazione con lui. Lo scopo era che lui stesso potesse farsi capire meglio. In ogni modo, avevano cercato di capirlo. Alla madre del paziente è stato consigliato di contattare il logopedista della città per iniziare a ricevere indicazioni sulla logopedia. Il paziente era parzialmente guarito al momento di questo rapporto. Non sono previste ulteriori informazioni. Il caso è chiuso.
0219997-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0232820-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Sono state ricevute informazioni da un'autorità sanitaria riguardanti un maschio di 22 mesi senza una storia clinica rilevante, che è stato vaccinato SC con una dose di 0,5 ml di MPR (lotto n. e sito di somministrazione non riportati) il 9/3/04. Il 9/12/04, il paziente è svenuto, è stato sottoposto a follow-down ed è stato ricoverato in ospedale. Ha anche contratto una polmonite ab ingestis. Successivamente, in date non specificate, il bambino era stanco, aveva difficoltà di equilibrio e andatura anomala. L'esame con tomografia computerizzata non ha mostrato alcuna anomalia. L'EEG ha mostrato un'encefalite con attività a bassa frequenza in entrambe le parti del lobo frontale con funzione corticale affettiva. Il secondo EEG è stato eseguito 4 giorni dopo ed era normale. Durante l'ospedalizzazione, il bambino aveva difficoltà di equilibrio e non è stato in grado di camminare per alcuni giorni. Il bambino è migliorato. Al controllo il bambino aveva un'andatura normale. Il controllo della rosolia, dei virus del gruppo herpes e dell'enterovirus nel liquido cerebrospinale è risultato negativo. L'esito è stato recuperato. Il caso è chiuso. Altri numeri di partner commerciali includono E200500172. Non sono previste ulteriori informazioni.
0242009-1	ENCEFALITE	< 6 mesi	Maschio	Febbre alta per 3 giorni; sonno profondo subito dopo l'iniezione; pianto acuto durante la notte; battito cardiaco accelerato; pallore; movimenti a scatti; debolezza; gravi allergie; diarrea; sbattere la testa; muovere le mani; anemia; perdita del contatto visivo; cambiamento nelle abitudini alimentari; somministrazione di Tylenol; lavaggio con una salvietta fredda; allattamento; problemi intestinali; encefalite; ADHD iperattivo; autismo; ritardo del linguaggio; ritardo della parola.
Numero di telefono: 0243191-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Instabile; debolezza oculare -> ADEM (encefalomielite demielinizzante acuta). Risonanza magnetica positiva - bambino sotto steroidi. Follow-up con neurologia. Possibile vaccino contro la varicella a 2 ore. Secondo il rapporto di follow-up - un po' di instabilità.
Numero di telefono: 0243782-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	"Il 1° settembre l'ho riportata dal medico e lui ha detto che aveva un leggero caso di encefalite. Il 10 settembre la sua temperatura era di 104 al massimo e si è attestata sui 102-103 nelle ultime 30 ore. È apatica e irritabile. Il rapporto di follow-up afferma: una bambina di un anno ha ricevuto vaccini MPR e varicella; il medico le ha detto che la bambina potrebbe avere la febbre 10 giorni dopo. PMH significativa per malattia atopica per la quale la bambina ha ricevuto antistaminici; occasionalmente la bambina ""barcollava"" quando era stanca o quando prendeva questo farmaco, anche prima del MPR. È stata portata nello studio del medico circa 8-10 giorni dopo i vaccini per un'eruzione cutanea; ha notato che tirava la testa da un lato, camminava un po' inclinata; la madre ha detto che la bambina ""barcollava"" tutto il tempo. Interagiva bene, tranne che voleva essere tenuta in braccio. Ha sempre riconosciuto i familiari, nessuna crisi, nessun cambiamento nello stato mentale. Il medico le ha detto che aveva un ""tocco di encefalite". Nessun esame, è andata casa. Il giorno 10 ha sviluppato una febbre di 103-104, durata 3 giorni. La madre ha guardato il sito web del CDC, ha chiamato CDC, le è stato detto ""la febbre non dovrebbe durare così a lungo"" e ha portato la bambina al CCMC. Al pronto soccorso le è stato detto che non esisteva ""un tocco di encefalite"" e che la bambina aveva eruzioni cutanee di varicella e morbillo. Aveva un'eruzione cutanea sui palmi delle mani e sulle piante dei piedi. Non sono stati eseguiti esami di laboratorio. È stata rimandata a casa. La febbre è scesa dopo circa 4 giorni e la bambina è tornata completamente alla sua solita forma. Attualmente sta completamente bene. La madre è molto soddisfatta di come sta ora la bambina."

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
Numero di telefono: 0244335-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Le prime informazioni sono state ricevute l'08/09/05 in merito a un maschio asiatico di 19 mesi con una storia di vaccinazione con tossoide difterico (+) vaccino contro la pertosse (non specificato) (+) vaccino contro il tossoide tetanico, pillole di zucchero di vaccino vivo contro la poliomielite, vaccino contro il morbillo e vaccino contro l'encefalite epidemica B e rash facciale che alle 10:00 del 06/06/05 è stato vaccinato con vaccino contro il virus del morbillo vivo (Enders-Edmonston) (+) vaccino contro il virus della parotite vivo (Jeryl Lynn) (+) vaccino contro il virus della rosolia vivo (Wistar RA 27/3) 0,5 ml, IM. Alle 13:00 dello stesso giorno, il ragazzo ha sviluppato asfissia ed è stato sottoposto a trattamento tradizionale. È stato immediatamente portato in ospedale. L'esame fisico ha mostrato: temperatura corporea 38,5, polso 107, frequenza respiratoria 22, il ragazzo era sano ma non colorato, la sua faringe congestionata e l'amigdala destra gonfia (grado I). Maleducazione respiratoria, addome morbido, la sua cervice flessibile e i segni patologici del sistema nervoso erano negativi. La diagnosi iniziale era amigdalite e febbre con motivo sconosciuto. Il ragazzo è stato messo in terapia con penicillina 8x10 (5) unità, IM, due volte al giorno; medicina tradizionale (iniezione di Yanghuning), 8 mg, IM, una volta al giorno, medicina tradizionale (soluzione orale di Yixiu), 2 ml PO due volte al giorno e medicina tradizionale (soluzione orale antivirus) 5 ml PO due volte al giorno. Il ragazzo era ancora letargico e disforico con temperatura corporea 37,4. Il 07 giugno 2005 il ragazzo è stato trasferito in un altro ospedale per ulteriori cure. Il ragazzo è stato sottoposto a trattamento anti-infettivo, antivirale, di attesa e tipi di trattamenti di supporto per circa 2 mesi (regimi sconosciuti). Il giorno della segnalazione si è ripreso da meningoencefalite virale, aumento della pressione intracranica, edema cerebrale infettivo acuto come stato epilettico. La diagnosi finale è stata grave meningoencefalite virale acuta, edema cerebrale infettivo acuto, aumento della pressione intracranica e stato epilettico erano correlati alla terapia con vaccino contro il virus del morbillo vivo (Enders-Edmonston) (+) vaccino contro il virus della parotite vivo (Jeryl Lynn) (+) vaccino contro il virus della rosolia vivo (Wistar RA 27/3). La meningoencefalite virale e l'ipertensione intracranica sono state considerate immediatamente pericolose per la vita. Non sono previste ulteriori informazioni.
Numero di telefono: 0244912-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Il bambino ha iniziato a presentare un'eruzione cutanea 3 giorni dopo la vaccinazione MPR. La mamma l'ha portata dal dottore che ha associato l'eruzione cutanea al vaccino. La mamma ha portato il bambino a casa, l'eruzione cutanea è peggiorata e ha acquisito febbre a 103 gradi F, reattivo ma letargico. Ricoverato in ospedale. Il bambino è stato messo in quarantena con eruzione cutanea ed encefalite secondo la mamma. Ricoverato in ospedale per circa 2 giorni.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
Numero di telefono: 0245888-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Questo caso è stato inizialmente segnalato da un farmacista, poi confermato da due medici e ha descritto la comparsa di convulsioni febbrili in una bambina di 14 mesi vaccinata con vaccino combinato contro morbillo, parotite e rosolia, vivo, attenuato (nuovo ceppo) (Priorix) e vaccino contro l'epatite B (Engerix B) per profilassi. La bambina non aveva una storia medica pregressa di convulsioni. Il 10 settembre 2005, la bambina ha ricevuto una dose non specificata di Priorix ed Engerix B (numeri di lotto non disponibili). Intorno al 3 ottobre 2005, 23 giorni dopo la vaccinazione con Engerix B e Priorix, la bambina ha sviluppato un raffreddore con rinite, febbre a 38-38,5 gradi C e placche rosse su tronco e viso. La febbre e le placche rosse erano presenti la sera, sono durate 10 minuti e sono ricomparse la sera successiva 1 o 2 volte. Quindi, la bambina ha manifestato convulsioni febbrili generalizzate. La febbre era a 39,7 °C. È stata ipotizzata una sindrome da irritazione meningea ed encefalite. Il soggetto è stato ricoverato d'urgenza. Ha nuovamente sviluppato convulsioni in ospedale. Le convulsioni sono state prima generalizzate e poi parziali. Il soggetto è stato trattato in modo inefficiente con diazepam (Valium) tre volte e poi con clonazepam (Rivotril), le convulsioni febbrili si sono fermate. Un trattamento con reazione a catena della polimerasi per il virus dell'herpes e nessun segno di sindrome meningea. Le sierologie del citomegalovirus e del virus di Epstein Barr erano negative, non c'erano argomenti per un'infezione virale. La scansione cerebrale era normale. L'elettroencefalogramma era anomalo (NOS), ma non c'erano segni di encefalite. Il medico dell'ospedale ha escluso un'encefalite evocata in precedenza e una sindrome da irritazione meningea. Tutti gli eventi si sono risolti entro 36 ore. Il soggetto è stato dimesso dall'ospedale con valproato sodico (Depakine). Il 10 ottobre 2005, il soggetto ha consultato il suo medico. non vi erano sequele. Secondo il farmacista segnalante, gli eventi erano quasi probabilmente correlati a Priorix. non sospettava Engerix B. Secondo i medici, la relazione tra gli eventi e la vaccinazione con Priorix ed Engerix B era sconosciuta. Follow-up ricevuto il 14 febbraio 2006 dal medico dell'ospedale: la madre del soggetto ha partorito dopo 40 settimane di amenorrea (parto normale). Alla nascita, il punteggio Apgar era a 10, il peso a 3,780 kg, l'altezza a 50 cm e il perimetro cranico a 35 cm. La vaccinazione pass includeva tre dosi di INFANRIX, tre dosi di ENGERIX B (ben tollerato), tre dosi di PREVENAR e una dose di MONOVAX. L'anamnesi medica remota includeva nel dicembre 2004 gastroenterite acuta, bronchiolite e pneumopatia lobare inferiore destra. Il soggetto ha sviluppato otite ricorrente. Era affetta da asma infantile (controllo allergico negativo) che è stata curata con BECOTIDE, VENTOLINE e fisioterapia fino a maggio 2005. Il 10 settembre 2005, il soggetto è stato vaccinato con una prima dose di PRIORIX (numero di lotto A69CA278A) e una quarta dose di ENGERIX B, intramuscolare. Circa 11 giorni dopo (intorno al 21 settembre 2005), ha manifestato rinite,trattato con ACTISOUFRE. Nella notte tra il 30 settembre 2005 e il 1° ottobre 2005, il soggetto ha manifestato febbre con temperatura corporea a 38,5 gradi Celsius trattato con DOLIPRANE. Il 1° ottobre 2005, la temperatura corporea era a 38,6 gradi Celsius. L'esame clinico era normale, eccetto stanchezza e rinite. Lo stesso giorno, alle ore 19, la temperatura corporea era a 39,7 gradi Celsius. Il soggetto ha fatto un bagno a circa 38,7 gradi Celsius e ha manifestato un incontrollabile battito delle ciglia seguito da un movimento anomalo dell'indice. Alla fine del bagno, ha presentato un'improvvisa ipertonia di quattro arti con ipertensione della testa e perdita di contatto ma senza perdita di coscienza. Diversi minuti dopo, ha sviluppato movimenti tonico-clonici generalizzati per 20 o 30 minuti. È stata trattata con VALIUM per via rettale con efficacia. Per un'ora, ha avuto ancora difficoltà di contatto. È stata ricoverata in ospedale e la temperatura corporea era di 36,9 gradi Celsius, la pressione sanguigna sistolica a 115, la pressione sanguigna diastolica a 67, la frequenza cardiaca a 154 al minuto. La saturazione di O2 era al 99 percento con 4 litri di O2. Il soggetto era ipovigilante con agitazione e bruxismo, respiro stertorico, ipotonia generalizzata con riflessi osteotendinei acuti e simmetrici. I riflessi fotomotori erano normali. Gli esami cardiovascolari, respiratori e addominali erano normali. Poi, ha avuto una nuova crisi con movimenti clonici della mano e del braccio destro e movimenti oculari anomali. Il soggetto è stato trattato di nuovo con VALIUM, con efficacia. In seguito, ha avuto un'altra crisi. È stato aggiunto RIVOTRIL per via endovenosa. In ospedale, è stato introdotto il trattamento con ZOVIRAX. La sua temperatura corporea è aumentata a 38,4 gradi Celsius. Il soggetto era ancora stanco e

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				pallido. Gli esami cardiovascolari, respiratori e addominali erano normali. Non è stata notata alcuna epatosplenomegalia. L'esame neurologico ha mostrato un soggetto stanco con pupille coscienti, simmetriche e reattive. Il tono era normale. Il soggetto aveva un buon sviluppo psicomotorio con riflessi osteotendinei acuti e nervi cranici normali. L'esame di orecchie, naso e gola ha confermato la rinite senza infezione. Durante la sua ospedalizzazione, sono state eseguite diverse indagini di laboratorio. La conta dei leucociti era normale a 287 000 /mm3. Lo ionogramma del sangue era normale. La glicemia era a 8,1 mmol/l. La proteina C-reattiva e l'herpes PCR del liquido cerebrospinale erano negativi. Le transaminasi, la scansione cerebrale, la radiografia del torace e la puntura lombare erano normali. L'interferone era a 12 nel siero e negativo nel liquido cerebrospinale. Il 03 ottobre 2005, l'elettroencefalogramma era anomalo durante il sonno con sovraccarico temporale lento sinistro e picchi rolandici destri ma non c'erano segni di encefalite. Il 04 ottobre 2005, il trattamento con ZOVIRAX è stato interrotto a causa dell'herpes PCR negativo. Il 05 ottobre 2005, il trattamento con RIVOTRIL endovenoso 1st 35 ml all'ora) è stato commutato a RIVOTRIL orale. Lo stesso giorno, a causa dei risultati dell'elettroencefalogramma, è stato iniziato DEPAKINE a 50 mg al giorno per 5 giorni. Il 09 ottobre 2005,il soggetto è stato dimesso dall'ospedale con DEPAKINE a 50 mg al giorno, PRIMPERAN in caso di nausea e RIVOTRIL a tre gocce al giorno. Il dosaggio di DEPAKINE è stato progressivamente aumentato a 200 mg al giorno e RIVOTRIL è stato interrotto. Al momento della segnalazione, il segnalatore ha ritenuto che le convulsioni fossero migliorate. Il segnalatore ha ritenuto che gli eventi fossero probabilmente correlati alla vaccinazione con ENGERIX B e PRIORIX. Follow-up ricevuto il 31 marzo 2006 dal suo medico di base: il soggetto aveva una storia medica passata rilevante, tra cui nessuna convulsione, movimenti anomali, disturbi del sistema nervoso centrale, diabete, insufficienza renale e abuso di droghe. Durante la prima convulsione febbrile, il soggetto ha sperimentato perdita di coscienza. In ospedale, nell'ottobre 2005, non è stato notato alcun disturbo idroelettrolitico. Dopo le tre crisi convulsive, era confusa e aveva difficoltà a camminare e a parlare. 12 ore dopo, la confusione si è risolta. Entro 48 ore, il linguaggio si è risolto e entro 7 giorni, la difficoltà a camminare si è risolta. Quattro giorni dopo la prima crisi (04 ottobre 2005), il soggetto ha sviluppato eruzioni simili al morbillo, che si sono risolte spontaneamente 25 minuti dopo ogni volta (NOS). Il 17 ottobre 2005, l'elettroencefalogramma era normale. Il 20 ottobre 2005, la RMI cerebrale ha mostrato una lieve leucomalacia periventricolare e una lieve asimmetria con aumento delle dimensioni e segnale modificato all'ippocampo sinistro. Alla fine di ottobre 2005, il soggetto ha avuto una bronchiolite (evento avverso non sospetto), che è stata trattata con BECOTIDE e VENTOLINE. RIVOTRIL è stato sospeso e DEPOKINE a 200 mg al giorno è stato continuato. Il 24 novembre 2005, il controllo clinico e neurologico erano normali. Il 13 marzo 2006, il controllo clinico era normale. Il soggetto è stato ancora trattato con DEPAKINE a 200 mg al giorno (almeno per 6 mesi). Non si era verificata alcuna crisi convulsiva, nonostante avesse presentato 2 picchi febbrili intorno a 38,5 e 39 gradi Celsius. Il relatore non ha valutato una relazione causale. Non saranno disponibili altre informazioni. Questo caso è stato chiuso.difficoltà di deambulazione risolta. Quattro giorni dopo la prima crisi (04 ottobre 2005), il soggetto ha sviluppato eruzioni simili al morbillo, che si sono risolte spontaneamente 25 minuti dopo ogni volta (NOS). Il 17 ottobre 2005, l'elettroencefalogramma era normale. Il 20 ottobre 2005, la risonanza magnetica cerebrale ha mostrato una lieve leucomalacia periventricolare e una lieve asimmetria con aumento delle dimensioni e segnale modificato all'ippocampo sinistro. Alla fine di ottobre 2005, il soggetto ha avuto una bronchiolite (evento avverso non sospetto), che è stata trattata con BECOTIDE e VENTOLINE. RIVOTRIL è stato sospeso e DEPOKINE a 200 mg al giorno è stato continuato. Il 24 novembre 2005, il controllo clinico e neurologico erano normali. Il 13 marzo 2006, il controllo clinico era normale. Il soggetto è stato ancora trattato con DEPAKINE a 200 mg al giorno (almeno per 6 mesi). Non si era verificata alcuna crisi convulsiva, nonostante avesse presentato 2 picchi febbrili intorno a 38,5 e 39 gradi Celsius. Il relatore non ha valutato una relazione causale. Non saranno disponibili altre informazioni. Questo caso è stato chiuso.difficoltà di deambulazione risolta. Quattro giorni dopo la prima crisi (04 ottobre 2005), il soggetto ha sviluppato eruzioni simili al morbillo, che si sono risolte spontaneamente 25 minuti dopo ogni volta (NOS). Il 17 ottobre 2005,

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				l'elettroencefalogramma era normale. Il 20 ottobre 2005, la risonanza magnetica cerebrale ha mostrato una lieve leucomalacia periventricolare e una lieve asimmetria con dimensioni aumentate e segnale modificato all'ippocampo sinistro. Alla fine di ottobre 2005, il soggetto ha avuto una bronchiolite (evento avverso non sospetto), che è stata trattata con BECOTIDE e VENTOLINE. RIVOTRIL è stato sospeso e DEPOKINE a 200 mg al giorno è stato continuato. Il 24 novembre 2005, il controllo clinico e neurologico erano normali. Il 13 marzo 2006, il controllo clinico era normale. Il soggetto è stato ancora trattato con DEPAKINE a 200 mg al giorno (almeno per 6 mesi). Non si era verificata alcuna crisi convulsiva, nonostante avesse presentato 2 picchi febbrili intorno a 38,5 e 39 gradi Celsius. Il relatore non ha valutato una relazione causale. Non saranno disponibili altre informazioni. Questo caso è stato chiuso.
Numero di telefono: 0245912-1	**ENCEFALITE**	**1-2 anni**	**Femmina**	Sono state ricevute informazioni da un professionista sanitario in merito a una femmina di 15 mesi senza anamnesi medica segnalata che il 13 settembre 2005 (inizialmente segnalato come 18 settembre 2005) è stata vaccinata con una prima dose primaria di vaccino contro il virus del morbillo vivo (Enders-Edmonston) (+) vaccino contro il virus della parotite vivo (Jeryl Lynn) (+) vaccino contro il virus della rosolia vivo (Wistar RA 27/3). Circa dieci giorni dopo la vaccinazione, il 25 settembre 2005 (inizialmente segnalato come 28 settembre 2005), la paziente ha manifestato poliradicoloneurite. È stata ricoverata in ospedale il 28 settembre 2005. Una corticoterapia e un possibile trattamento con immunoglobuline umane (Tegeline) sono stati programmati per il 5 ottobre 2005. È stata evocata una diagnosi di sindrome di Guillain-Barr, ma non confermata. Sono stati eseguiti esami biologici, coltura fecale negativa, coltura ematica periferica sterile, presenza di lievito nella trachea, flora nasale negativa, virus fecale-rotavirus e adenovirus negativi, antigene solubile nel liquido cerebrospinale menigo A, BC negativo, E. coli negativo, C Jejuni negativo nelle feci e nel liquido cerebrospinale, nessun germe trovato, la coltura era sterile il giorno 3. Al momento della segnalazione la paziente era in terapia intensiva. Non sono state fornite informazioni sul suo stato di salute attuale. Le informazioni di follow-up da un professionista sanitario hanno indicato che un EEG mostrava segni di encefalite acuta con coma. L'elettromiografia ha confermato la sindrome di Guillain Barré e la sindrome di Miller Fisher con tetraplegia. Al momento della segnalazione erano in corso i test microbiologici e le sierologie erano in sospeso. Quando trattata con immunoglobuline umane (Tegline), la paziente ha iniziato a riprendersi dopo 72 ore ma soffriva ancora di paralisi. Il relatore ha osservato che la paziente aveva lasciato la terapia intensiva e ora si trovava nel reparto neurologico. I fascicoli devono essere completati. l'evento è stato considerato pericoloso per la vita dal reporter. Altri numeri di partner commerciali includono E200503889.
0250293-1	**ENCEFALITE HERPES**	**1-2 anni**	**Femmina**	LA PAZIENTE HA AVUTO LA FEBBRE IL 30/6 DI PRIMA MATTINA DOPO AVER RICEVUTO IL VACCINO IL 26/6. LA PAZIENTE È STATA PORTATA DAL MEDICO E LE È STATA DIAGNOSTICATA UN'INFEZIONE ALL'ORECCHIO. LA PAZIENTE HA CONTINUATO AD AVERE LA FEBBRE. IL 3/7/04 LA PAZIENTE HA AVUTO CONVULSIONI GENERALIZZATE ED È STATA TRASPORTATA ALL'OSPEDALE LOCALE. UNA PRELIMINARE PUNTURA LOMBARE LE HA DIAGNOSTICATO UNA MENINGITE. IN QUEL MOMENTO LA PAZIENTE HA INIZIATO A TRATTARE CEFTRIAXONE. IL 5/7/04 LA PAZIENTE HA AVUTO CONVULSIONI TONICO/CLONICHE ED È STATA TRASFERITA IN OSPEDALE. ALLA PAZIENTE È STATA POI DIAGNOSTICATA UN'ENCEFALITE DA HERPES ED È STATA CURATA CON ACICLOVIR E SOMMINISTRATA CON DILANTIN. Le informazioni ricevute dalle cartelle cliniche ricevute il 31/01/06 affermano che la paziente ha sofferto di otite media, febbre, convulsioni, meningite da herpes, edema cerebrale, emorragia cerebrale, ritardo del linguaggio e iperattività. Il lobo temporale sinistro del cervello della paziente è stato danneggiato in modo permanente. Attualmente è sotto le cure di un logopedista, un terapista dello sviluppo, un terapista occupazionale e un assistente sociale.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0253081-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	"Ricevuto vaccino MPR e vaccino Varivax il 3/4/06. Visitato in ambulatorio il 3/16/06 con febbre e caduta su un lato. Ha perso le capacità motorie. Ricoverato in ospedale e trasferito in un altro ospedale per cure terziarie. Diagnosi: encefalomielite disseminata. 4/5/06 Altra corrispondenza û Aggiungere ""molto irritabile"" dal momento del ricovero in ospedale. 4/28/06 Revisione della cartella clinica di 16 pagine (cartella del pronto soccorso) dalla struttura iniziale. La diagnosi finale è stata atassia. Trasferito in un altro ospedale. Ho anche esaminato il riepilogo del ricovero e confermato ADEM tramite risonanza magnetica il 3/17/06."
Numero di telefono: 0253368-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Sono state ricevute informazioni da un professionista sanitario riguardanti un maschio di 2 anni senza precedenti anamnesi medica segnalata che il 05/09/05 è stato vaccinato con una prima dose di VARIVAX (lotto 643927/0474P). La terapia concomitante includeva una dose di PRIORIX. Intorno a febbraio 2006, 4 mesi dopo la vaccinazione, il paziente si è presentato con febbre e strabismo convergente (monolaterale all'inizio, poi bilaterale con anomalie EEG). È stato ricoverato in ospedale e gli è stata diagnosticata un'encefalite. Al momento della segnalazione, il paziente non si era ripreso. Il paziente è stato iscritto a un programma. Le informazioni di follow-up hanno indicato che la data di insorgenza della diagnosi di encefalopatia era il 14/01/06. È stato notato che il paziente era in trattamento con claritromicina (indicazione non segnalata). Un EEG del 14/01/06 ha mostrato un leggero rallentamento del ritmo normale. Sierologia: VZV IgM: borderline; VZV IgG: positivo. Il liquido cerebrospinale era positivo per DNA VZV. Il ragazzo non presentava rash. Le sue condizioni erano rimaste invariate al momento del rapporto. L'esito non era ancora stato recuperato. Altri numeri di partner commerciali includevano: E200601231.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0253708-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	18/05/05 trovata convulsiva a letto, trasportata in ospedale in ambulanza, convulsioni durate circa 45 minuti, fino a quando Ativan somministrato EV, febbre debolezza al lato sinistro, paziente nata il 15/04/2004. Da neonata la paziente ha ricevuto cure mediche pediatriche di routine e vaccinazioni. A parte i sintomi simili a coliche da neonata e un virus intestinale al suo primo compleanno, era una bambina sana che ha raggiunto le tappe dello sviluppo a un ritmo normale. Prima di un anno di età ha ricevuto la serie completa di vaccinazioni infantili (epatite B, Prevnar, DTaP, IPV e HIB). A causa del virus intestinale al suo primo compleanno, i suoi genitori hanno ritardato le sue vaccinazioni del primo anno di alcune settimane per essere certi che stesse completamente bene e si fosse ripresa. Il 09/05/2005, la paziente si è presentata al centro sanitario per le sue vaccinazioni del primo anno. È stata notata apiretica, attiva e sottoposta a revisione V/S. La paziente ha ricevuto un vaccino MPR. La paziente è stata visitata il 14/05/2005 per la visita di controllo del primo anno di vita. Pesava 20 libbre e 4 once, misurava 28 pollici e mezzo di lunghezza, la sua circonferenza cranica era di 46 centimetri. I medici hanno documentato che era in grado di aiutare a vestirsi, giocare a battere una torta, battere insieme 2 cubetti, aveva una presa a tenaglia precisa, era in grado di dire e distinguere tra mamma e papà, di tirarsi in piedi e camminare da sola. È stato notato che aveva ricevuto i suoi vaccini per dodici mesi presso la clinica sanitaria. I medici hanno ordinato alla madre di tornare con la paziente all'età di 15 mesi. La paziente ha iniziato ad avere la febbre il 17/05/2005. Sembrava anche goffa per tutto il giorno, ma la mamma ha pensato che forse era semplicemente perché la paziente camminava solo da tre settimane. Per il resto era asintomatica e la mamma ha curato la febbre con Tylenol per neonati durante il giorno e prima di andare a letto. Quel giorno il papà lavorava nel secondo turno ed è tornato a casa verso le 23:30 di sera. Poco dopo il suo arrivo, la paziente si è svegliata piangendo e il padre è andato a controllare come stava. L'ha trovata facilmente consolabile, le ha misurato la temperatura e non ha trovato febbre, e la paziente si è rapidamente sdraiata e ha dormito per il resto della notte. Il 18/05/2005 alle 9:55, la mamma ha sentito la paziente sul suo baby monitor nel suo letto emettere rumori di chiacchiere o cantare tra sé. Ha notato sul monitor video che la paziente era ancora sdraiata, non seduta come al solito quando si è svegliata la mattina. Quando è entrata nella stanza della paziente, la mamma ha trovato la paziente sdraiata nel suo letto, in preda alle convulsioni. Gli occhi della paziente erano aperti e il rumore di chiacchiere era dovuto all'iperventilazione della paziente. Il suo movimento era generalizzato all'inizio, ma in seguito sarebbe diventato più pronunciato sul lato sinistro. La mamma ha attivato l'EMS per trasportare la paziente in ospedale. Mentre aspettava l'arrivo dell'EMS, la mamma è rimasta al suo fianco per stabilizzarla e confortarla. Ha misurato la temperatura timpanica a 101 gradi. Il paziente ha continuato ad avere crisi convulsive per quarantacinque minuti, senza fermarsi finché non gli è stato somministrato Ativan al pronto soccorso. I segni vitali del paziente al pronto soccorso erano temperatura 102,8, polso 190-200, respirazione 22, pressione sanguigna 97/49. Gli esami di laboratorio eseguiti al momento erano CBC, emocoltura, BMP. È stato prelevato un campione di urina per immersione delle urine e coltura delle urine. È stata eseguita una TC della testa senza contrasto,ed era normale. Quando la paziente si è svegliata, era intontita e scoordinata, e i genitori hanno notato che non stava usando il braccio o la gamba sinistra. Quando è stata valutata, il medico ha notato una riduzione del movimento e debolezza del braccio e della gamba sinistra. La paziente è stata ricoverata per osservazione. All'arrivo in camera d'ospedale dal pronto soccorso, la paziente ha vomitato tre volte. Il terzo giorno in ospedale, è stato consultato un neurologo, che ha ordinato un EEG, una risonanza magnetica della testa e una puntura lombare. L'EEG ha mostrato un rallentamento focale sulla regione parieto-occipitale destra, così come una crisi elettrica proveniente dalla regione parieto-occipitale destra della durata di 1 minuto e 15 secondi. La risonanza magnetica ha mostrato anomalie del segnale focale che coinvolgevano il lobo parietale posteriore destro, il lobo temporale destro e il talamo posteriore destro. La puntura lombare per gli studi del liquido cerebrospinale era normale, il test dell'encefalite era negativo, così come l'arbovirus, l'EBV, il virus del Nilo occidentale. Prima dei risultati del CSF, alla paziente sono state somministrate dosi di antibiotici EV di Zithromax e Acyclovir. Il neurologo ha dichiarato che la paziente ha un'encefalite, così come infarti nel

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				lobo parietale posteriore destro che hanno causato le convulsioni e l'emiparesi. La paziente ha avuto ulteriori convulsioni durante il ricovero in ospedale, ciascuna della durata di meno di due minuti. Una volta che i laboratori virali sono risultati negativi, gli antibiotici EV sono stati sospesi. La paziente è stata dimessa dall'ospedale il 24/05/2005 con Trileptal. Le è stata anche prescritta aspirina per bambini profilattica, in attesa dei risultati degli studi sulla coagulazione, che in seguito sono risultati negativi. L'aspirina per bambini è stata sospesa. Per aiutarla a recuperare l'uso del lato sinistro, la paziente ha iniziato la terapia occupazionale ambulatoriale tre volte alla settimana e la fisioterapia ambulatoriale due volte alla settimana, a cui sta ancora partecipando attualmente. Ha fatto progressi graduali con le sue capacità motorie grossolane e fini. Inizialmente, la paziente ignorava il lato sinistro del corpo e considerava il braccio e la gamba sinistri come oggetti estranei quando entravano nel suo campo visivo. Ora è attenta a entrambi i lati del corpo. Ha ricominciato a camminare il 24/11/2005, anche se la sua andatura è ancora innaturale e muove la gamba sinistra di lato a causa dell'aumento del tono nella gamba. Riesce ad afferrare oggetti leggeri con la mano sinistra e a sollevare oggetti molto piccoli con un movimento ad artiglio. Non ha ancora ripreso la presa a pinza sinistra e ha difficoltà a tenere oggetti molto pesanti con la mano sinistra. Il suo battito non è sulla linea mediana. La paziente sembrava non avere più crisi dopo la dimissione il 24/5/2005, ma i genitori hanno iniziato a notare che la paziente aveva episodi di movimenti a scatti, della durata di una frazione di secondo ciascuno, alcune volte al giorno. Il neurologo della paziente ha affermato che i movimenti sembravano crisi miocloniche e ha consigliato ai genitori di aumentare il Topamax della paziente. Il 16/10/2005 verso le 15:00, il padre era con la paziente e notò che lei aveva iniziato a fissare il vuoto e lo aveva ignorato quando aveva pronunciato il suo nome. Poi aveva iniziato a fare uno schiocco con le labbra.Il papà ha portato la paziente in camera da letto dalla mamma che era sdraiata prima di lavorare quella sera dicendo che qualcosa non andava. La paziente ha avuto una crisi tonico-clonica generalizzata durata circa 45 minuti. È stato attivato il servizio di emergenza medica per il trasporto in ospedale. Alla paziente è stato somministrato Ativan per via rettale in ambulanza, senza alcun miglioramento. Un'altra dose di Ativan IV nel pronto soccorso ha finalmente fermato la crisi. La paziente è stata ricoverata con diagnosi di stato epilettico. Ha frequenti crisi miocloniche durante questo ricovero, alcune delle quali sono state registrate durante un EEG video (i risultati erano a favore delle crisi miocloniche). Le è stato somministrato Keppra oltre al Trileptal alla dimissione e le è stata anche prescritta una ricetta per Diastat rettale in gel per crisi di durata superiore a tre minuti e Klonopin ODT al bisogno per gruppi di crisi miocloniche. È stata dimessa a casa il 18/10, con le sue nuove prescrizioni e l'ordine di riprendere la terapia fisica in terapia occupazionale. La paziente è stata sottoposta a una seconda risonanza magnetica l'8/4/2005, che ha mostrato una sottile prominenza dei solchi cerebrali nella regione frontoparietale destra, coerente con la perdita di volume e l'infarto cronico. Si nota una ridotta mielinizzazione della sostanza bianca nell'emisfero cerebrale destro rispetto al sinistro. Una terza risonanza magnetica il 23/11/2005 ha rivelato una sottile perdita di volume nel lobo frontale destro posteriore e nel lobo parietale destro, coerente con l'infarto precedente noto della paziente. Anomalia del segnale T2 nella sostanza bianca dell'emisfero cerebrale destro leggermente diminuita rispetto all'esame precedente. Potrebbe trattarsi di gliosi o di materia bianca sottomielinizzata correlata all'infarto precedente. La paziente continua con fisioterapia ambulatoriale e terapia occupazionale due volte a settimana, insieme a visite fisioterapia/terapia occupazionale a domicilio una volta a settimana. È stata svezzata dal Trileptal dopo che non è cambiata la frequenza delle crisi miocloniche e ha iniziato con Topamax. Ha ancora 5-7 crisi miocloniche al giorno, mentre i suoi genitori e i suoi medici lottano per trovare la dose corretta dei suoi farmaci attuali, il farmaco giusto da cambiare. Le crisi miocloniche creano una battaglia di sicurezza costante. È stata portata dal dentista per fare delle radiografie dopo essere caduta e aver sbattuto la bocca sul pavimento di piastrelle a causa di una crisi mioclonica, e il suo dente frontale superiore destro è ora scuro a causa del danno. È caduta a faccia in giù in una vasca da bagno piena d'acqua. Una visita dal chiropratico ha rivelato che era estremamente fuori allineamento sul lato sinistro, presumibilmente a causa della forza simile a un colpo di frusta di alcune delle sue crisi miocloniche o dalla posizione in cui

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				si teneva per saltellare dopo l'ictus o dall'andatura irregolare che ha ora. A causa della sua giovane età, ci vorrà del tempo prima di sapere se ci sono problemi di linguaggio o di apprendimento. 13/06/2006 - Riepilogo DC di 3 pagine e cartella clinica di 44 pagine ricevute dall'ospedale. Riepilogo DC documentato DC DX 1. Convulsioni febbrili complesse, 2. cerebrite postinfettiva, presunta. Rapporto ER Temp 102,2 con convulsioni in corso osservate con spasmi più forti sul lato sinistro. RX con Ativan 1 mg EV in ER, dopo che la convulsione il paziente si è svegliato è diventato appropriato e stava bevendo,ha notato emiparesi del lato sinistro all'esame. RX con Aciclovir e Zitromax. Prima del ricovero 3 giorni di febbre, HX medica precedente indicava: nessun HX di convulsioni. I farmaci precedenti includevano Rhinotan, ultima dose il 5/11/05. FMH include HX discutibile di possibile convulsione febbrile nel padre della paziente e nel fratellastro materno. Vomito x3 dopo il suo episodio di convulsioni il 5/18/05, eruzione cutanea eritematosa puntiforme intermittente sull'addome Decorso ospedaliero di sei giorni Consultazione neurologica il 5/20/05 valutazione documentata di convulsioni febbrili complesse rispetto a convulsioni provocate da febbre con esordio nell'emisfero destro. La madre ha riferito che la paziente era agitata e goffa il 5/16/05 prima della convulsione il 5/17/05. La madre si è ammalata 3 giorni prima del 5/16/05 con 24 ore di vomito senza febbre. RX in ospedale con Dilantin il giorno 3, durante il quale è stata osservata una crisi epilettica focale breve a sinistra, una crisi di 45 secondi il giorno 4. Al momento della dimissione la paziente non aveva avuto crisi cliniche per oltre 24 ore, aveva riacquistato la maggior parte dell'uso dell'arto inferiore e superiore sinistro. Un giorno prima del DC la paziente ha iniziato a prendere Trileptal e Dilantin è stato interrotto il giorno della dimissione. Follow-up ripetere BMP tra 4 settimane, terapia occupazionale e fisica, farmaci DC ASA, Trileptal. Informazioni di follow-up a 60 giorni 20-GIU-2006: la paziente ha ancora attività convulsiva, assume farmaci e rimane in terapia occupazionale e fisica per emiplegia sinistra. A causa della sua giovane età, non si sa se avrà qualche disabilità di apprendimento o se il suo linguaggio sarà influenzato.non si sa se avrà qualche difficoltà di apprendimento o se il suo linguaggio sarà compromesso.non si sa se avrà qualche difficoltà di apprendimento o se il suo linguaggio sarà compromesso.
Numero di telefono: 0253858-1	**ENCEFALITE**	**1-2 anni**	**Maschio**	Abbiamo ricevuto informazioni da un medico riguardo a un maschio vaccinato con una dose di MPR (lotto n. 645621/0271N). La terapia concomitante quel giorno includeva una dose di vaccino vivo contro il virus della varicella. Dieci giorni dopo, il 16/03/06, il paziente si è presentato in ambulatorio con una caduta laterale. Il medico ha fatto camminare il paziente nei corridoi e il bambino sembrava stare bene. Con il passare delle ore, i sintomi del paziente sono peggiorati. È stato mandato in ospedale con perdita delle capacità motorie. Durante la notte, il paziente è stato mandato in un ospedale specializzato e gli è stata diagnosticata un'encefalomielite acuta disseminata. È stato in ospedale per una settimana (7 giorni). La madre ha riferito all'infermiera che i primi quattro giorni sono stati molto spaventosi perché il bambino aveva perso la capacità di camminare. Una settimana dopo il ricovero, al bambino è stata diagnosticata la dimissione a casa. Il paziente si è presentato in ambulatorio dal medico approssimativamente il 28/03/06 e camminava bene ma era irritabile. A quel punto, il bambino si era ripreso. Il piano per questo bambino è di MRI seriali. È stato notato che se ciò dovesse ripresentarsi, è possibile che possa avere la sclerosi multipla. Non c'è stata alcuna lamentela sulla qualità del prodotto. I medici dell'ospedale hanno indicato che i sintomi erano probabilmente correlati alla vaccinazione con MPR. Sono state richieste ulteriori informazioni.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
Numero di telefono: 0259835-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	"Il bambino ha ricevuto le vaccinazioni il 6/9/06. La madre ha portato il bambino dal dottore il 6/16/06 a causa della temperatura elevata di 104 dal 6/14/06. La madre racconta che la temperatura ha raggiunto il picco a 106 venerdì sera e il bambino è diventato letargico senza ulteriore febbre. Il 6/18/06, è stato visitato al pronto soccorso in ospedale perché il bambino era ""molto assonnato"" e gli è stato detto che era dovuto alle punture. Visitato il 6/19/06 e gli è stato detto che gli esami di laboratorio hanno mostrato che il bambino aveva un'infezione virale. Ha avuto un appuntamento per vedere il dottore il 6/21/06. 8/9/06 Ha ricevuto cartelle cliniche dall'ospedale che rivelano che il paziente era al pronto soccorso il 6/18 per febbre e vomito. Aveva iniziato ad assumere Augmentin il 6/16 per febbre e probabile OM ma il paziente ha rovesciato e vomitato la maggior parte del farmaco. È stato prescritto Recephin IM ma il paziente ha lasciato il pronto soccorso prima di ricevere. Il 6/21 il paziente è stato ricoverato in ospedale con irritabilità, calo dell'appetito, febbre, debolezza, fotofobia e rash. LP eseguita. Era WNL. Diagnosi al ricovero: encefalite, probabilmente dovuta a MPR vs virale. Migliorato durante la notte, apiretico, rash in via di scomparsa e sono stato d/c più tardi quel giorno per essere w/u come paziente ambulatoriale. 15/08/06 Ricevuta cartella clinica dal medico di base. Il nuovo controllo il 27/06 ha mostrato un notevole miglioramento del paziente. Diagnosi finale: encefalopatia, risolta, probabilmente secondaria a MPR."
0261226-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Sono state ricevute informazioni da un'autorità sanitaria in merito a una femmina di 15 mesi che il 6/6/06 (o forse l'8/6/06) è stata vaccinata con una dose di MPR II. Il 14/6/06 la paziente ha sviluppato una febbre che è stata fluttuante fino al 20/6/06 e si è sentita poco bene ma è rimasta cosciente. La notte del 22/6/06 ha sviluppato i sintomi che sono stati diagnosticati come encefalomielite acuta disseminata. Era difficile da contattare, era irritabile e aveva un tono più alto e riflessi aumentati. È stato anche riferito che era sonnolenta e che aveva movimenti involontari, come roteare gli occhi, muovere le palpebre e fare facce strane con masticazione rumorosa. Secondo il reporter stava meglio il 6/7/06, ma stava ancora facendo movimenti più o meno involontari con la lingua. Ma questa volta il 6/7/06 è tornata a mangiare dopo l'alimentazione tramite sondino. Un'analisi del suo liquido cerebrospinale mostra 12 linfociti mononucleati, quindi inizia una cura con aciclovir fino a quando non c'è stato un risultato negativo dalla coltura dell'herpes, le date non sono state fornite. È stata ricoverata in ospedale il 23/06/06 con più di due giorni di intensa osservazione ed è rimasta lì fino al 06/07/06, quando è stata trasferita in un altro ospedale. Una scansione RM il 23/06/06 ha mostrato condizioni normali. Ci sono IgG e IgM positive per il morbillo ed è stata vaccinata nel lasso di tempo per l'insorgenza della malattia. Il 03/07/06 una scansione RM mostra cambiamenti nella sostanza bianca, diagnosticati come encefalomielite acuta disseminata. Le è stato somministrato un trattamento con prednisolone 5 mg/ml x 2 volte al giorno per una settimana. Riceve anche un trattamento contro le crisi convulsive con fenobarbital Fenemal 10 mg x 2 dal 04/07/06 per una settimana. Successivamente la dose è stata modificata a 5 mg x 2 per una settimana. Riceve clobazam Frisium 0+0+5 mg per una settimana. Ci sono risultati negativi per diverse analisi. PCR per il virus del morbillo nelle urine e nella secrezione tracheale, PCR per il parvovirus B19 nelle urine, PCR nel liquido cerebrospinale per l'herpes di tipo 1, di tipo II e un enterovirus. Screening metabolico delle urine, aminoacidi nel liquido cerebrospinale, aminoacidi nel plasma, venule, Un elettroencefalogramma standard <1 ora è stato registrato il 29/06/06. Al momento del rapporto, la paziente si stava riprendendo. Secondo il reporter, ha una probabilità del 60% di completa guarigione. Non sono disponibili ulteriori informazioni. Altri numeri di partner commerciali includevano E200603730 e 20061195.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
Numero di telefono: 0263883-1	ENCEFALITE VIRALE	< 6 mesi	Femmina	"Eruzione cutanea immediata e leggera febbre. Il giorno dopo ha iniziato a sbattere la testa sul pavimento. La mia tata ha chiamato e lo ha portato a fare un controllo delle orecchie, cosa che al momento non possiamo trovare documentata nella cartella clinica. 13/10/06 Ricevuta cartella clinica dal medico di base che ha rivelato che il paziente aveva frequenti OM e URI s/s e sinusite. Ritardo del linguaggio notato 1/06 ma nessuna menzione di autismo. 19/10/06 Ricevuta cartella clinica dal medico curante che indica ritardo del linguaggio, disturbi del sonno, comportamento stordito, sintomi di ADHD, ecolalia, attività di autostimolazione e scarsa interazione con gli altri. Dx: disturbo del linguaggio con tratti autistici, sintomi regressivi, periodi di sguardo fisso con ridotta reattività./ss Per rapporto di follow-up a 60 giorni: ora gli è stato diagnosticato un autismo regressivo dovuto a vaccini MPR e timerosal in influenza/DTAP. 1/1/10 - follow-up - encefalite virale; linguaggio, ritardo del linguaggio e/o disturbi cerebrali. Il programma vaccinale è troppo "pesante" per i bambini di età inferiore ai 2 anni. 38+ è ridicolo!"
Numero di telefono: 0263936-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	L'8/3/06 ha assunto MPR/varicella 1, epatite A, febbre il 31/8, eruzione cutanea il giorno dopo il 9/1, eruzione cutanea al pronto soccorso diffusa scarlattina, moxifloxacina, 9/5 intontita, occhi che girano. Al pronto soccorso mercoledì 06 dove le è stata diagnosticata un'encefalite. DC DX per DOS 09/06-09/011/06: cerebellite. Nuova insorgenza di incapacità di stare in piedi, spasmi facciali e rapidi movimenti oculari. Temperatura massima 100,4 ed eruzione cutanea nella zona del pannolino. L'eruzione cutanea si è diffusa su tutto il corpo e la madre del PTA di 5 giorni l'ha portata al centro di cure urgenti e le ha somministrato amoxicillina. HX: negativo per diarrea, vomito. La nota del pronto soccorso indicava paziente DX con scarlattina giovedì. Neuro: iniziato con dosi meningitiche di ceftriaxone e aciclovir. Il cetriaxone è stato continuato fino a quando la coltura del liquido cerebrospinale è risultata negativa dopo 48 ore e l'aciclovir è stato continuato fino a quando la PCR dell'HSV è risultata negativa. Valutato dall'ID ha raccomandato test approfonditi per la causa della cerebrillite. I movimenti oculari e l'atassia sono migliorati. L'esame oftalmico è migliorato molto con solo saccadi occasionali.
0269988-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Nessuna descrizione per questo evento.
0270078-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	21/11/06 visitato per URI, 27/11/06 febbre malattia sconosciuta, 29/11/06 al pronto soccorso per apatia, 30/11/06 ricoverato per meningite virale, 05/12/06 trasferito in TIN per atassia del tronco. 07/12/06 d/c a casa, TC normale, nessuna crescita su CSF x2, RM Abnl. 08/01/07-cartelle ricevute e riviste. DOS 12/1-5/12/06 DC DX: dal Methodist Hospital. Iniziato con FUO, progredito in apatia e non responsivo, non guardava le persone. CSF: WBC 100 con studi di glucosio e proteine coerenti con meningite. Rocephin EV, vancomicina e aciclovir. Colture del CSF negative, PCR HSV negative, CXR bronchite lieve. Allergia alla vancomicina. I trattamenti IV sono stati interrotti. Tuttavia, il quadro clinico non è migliorato rapidamente. La TC è sostanzialmente negativa. La sospetta possibilità di meningite batterica parzialmente trattata e la LP ripetuta hanno mostrato 0 WBC, glucosio e proteine leggermente diminuiti nell'intervallo 60. Ripreso con aciclovir e Rocephin. Afebbrile per tutta la degenza. EP: rigidità nucale, atassia del tronco e sbavamento. Trasferito al Sutter Hospital. Sono stati richiesti i referti. 16/01/07 - referti ricevuti e rivisti dal Sutter Memorial. Riepilogo DC per DOS 12/5-12/7/06 DC DX: encefalite meningea virale RM senza massa o idrocefalo. Segnale anomalo bitalamico e bilaterale nei gangli della base. Ciò può essere dovuto a cause ischemiche ipossiemiche, infettive, infiammatorie demielinizzanti. L'assenza di una chiara anomalia di diffusione suggerisce che l'ischemia acuta non è la spiegazione. La diagnosi differenziale è ischemia, infezione, demielinizzazione. Ricoverato con atassia del tronco, senza alimentazione e febbre. RX con aciclovir, ceftriaxone e vancomicina. Sviluppata sindrome dell'uomo rosso con vancomicina

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0271688-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	"Sono state ricevute informazioni da una consumatrice sulla figlia di circa 12 mesi senza storia medica che il 25 settembre 2004 circa, ""quando aveva quasi esattamente un anno"" è stata vaccinata con una dose di vaccino MPR II. Non c'erano farmaci concomitanti. La reporter ritiene che la paziente abbia l'autismo e altre malattie causate dal vaccino. Nel 2004 circa, ""nei 12 mesi successivi alla vaccinazione"" nota una lenta regressione nella paziente. È stato riferito che la paziente ha avuto il crup due volte, la sua prima e unica infezione all'orecchio e il rotavirus. La madre ha notato che la paziente è stata curata con aciclovir per il rotavirus e che questo ha causato una crisi convulsiva. È stato anche notato che la postura della bambina si è deteriorata al punto che ""era visibile il ricciolo sulla schiena"". La paziente ha iniziato a stare male di continuo. Ha anche iniziato ad allontanarsi dalla famiglia. Non mostrava alcun interesse per la sorellina e si sedeva sempre lontana da tutti. Non riesce a calciare o lanciare una palla senza cadere. È stato riferito che camminava avanti e indietro e sbatteva le mani costantemente finché i suoi genitori non hanno ottenuto il suo intervento. Il reporter ha indicato che i medici ritengono che possa essere ""portatrice di encefalite virale"". I suoi titoli di morbillo sono aumentati significativamente da 1,4 a 2,42. Ha la ""sindrome dell'intestino permeabile"" e ""HHB6"". Viene curata con IMIG una volta alla settimana per evitare che si ammali, ma la bambina è stata ricoverata in ospedale per la notte almeno una volta da quando è stata vaccinata (non sono state segnalate esperienze avverse). Al momento della chiamata, il reporter non è stato in grado di fornire informazioni in merito al motivo specifico del ricovero o alla durata del ricovero della paziente. Sono stati eseguiti regolarmente i titoli di morbillo e un EEG, ma non sono stati forniti risultati. È stato riferito che la paziente non si era ripresa. È stata richiesta assistenza medica non specificata. Dopo una revisione interna, l'autismo e l'encefalite della paziente sono stati considerati altri importanti eventi medici. Le informazioni ricevute il 25 gennaio 2007 contenevano la seguente esperienza avversa, convulsioni (circa 2004). Dopo una revisione interna, la crisi è stata considerata un altro evento medico importante. Non sono disponibili ulteriori informazioni."
0271688-1	ENCEFALITE VIRALE	1-2 anni	Femmina	"Sono state ricevute informazioni da una consumatrice sulla figlia di circa 12 mesi senza storia medica che il 25 settembre 2004 circa, ""quando aveva quasi esattamente un anno"" è stata vaccinata con una dose di vaccino MPR II. Non c'erano farmaci concomitanti. La reporter ritiene che la paziente abbia l'autismo e altre malattie causate dal vaccino. Nel 2004 circa, ""nei 12 mesi successivi alla vaccinazione"" nota una lenta regressione nella paziente. È stato riferito che la paziente ha avuto il crup due volte, la sua prima e unica infezione all'orecchio e il rotavirus. La madre ha notato che la paziente è stata curata con aciclovir per il rotavirus e che questo ha causato una crisi convulsiva. È stato anche notato che la postura della bambina si è deteriorata al punto che ""era visibile il ricciolo sulla schiena"". La paziente ha iniziato a stare male di continuo. Ha anche iniziato ad allontanarsi dalla famiglia. Non mostrava alcun interesse per la sorellina e si sedeva sempre lontana da tutti. Non riesce a calciare o lanciare una palla senza cadere. È stato riferito che camminava avanti e indietro e sbatteva le mani costantemente finché i suoi genitori non hanno ottenuto il suo intervento. Il reporter ha indicato che i medici ritengono che possa essere ""portatrice di encefalite virale"". I suoi titoli di morbillo sono aumentati significativamente da 1,4 a 2,42. Ha la ""sindrome dell'intestino permeabile"" e ""HHB6"". Viene curata con IMIG una volta alla settimana per evitare che si ammali, ma la bambina è stata ricoverata in ospedale per la notte almeno una volta da quando è stata vaccinata (non sono state segnalate esperienze avverse). Al momento della chiamata, il reporter non è stato in grado di fornire informazioni in merito al motivo specifico del ricovero o alla durata del ricovero della paziente. Sono stati eseguiti regolarmente i titoli di morbillo e un EEG, ma non sono stati forniti risultati. È stato riferito che la paziente non si era ripresa. È stata richiesta assistenza medica non specificata. Dopo una revisione interna, l'autismo e l'encefalite della paziente sono stati considerati altri importanti eventi medici. Le informazioni ricevute il 25 gennaio 2007 contenevano la seguente esperienza avversa, convulsioni (circa 2004). Dopo una revisione interna, la crisi è stata considerata un altro evento medico importante. Non sono disponibili ulteriori informazioni."

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0272721-1	ENCEFALITE PAROTITE	1-2 anni	Maschio	Sono state ricevute informazioni da un medico riguardanti un maschio di circa 1 anno che nel 1992 è stato vaccinato con una prima dose da 0,5 ml di MMR II. Nel 1992, tre settimane dopo la vaccinazione, ha sviluppato encefalite da parotite ed encefalopatia con danni permanenti. L'encefalite da parotite e l'encefalopatia sono state considerate invalidanti. Altri numeri di partner commerciali includevano MA2006-0961. Questo rapporto è stato ricevuto il 14-FEB-2007.
Numero di telefono: 0294511-1	ENCEFALITE VIRALE	1-2 anni	Maschio	"le crisi sono iniziate 20 giorni dopo le vaccinazioni MPR/DTaP, HepA. Perfettamente sano prima delle vaccinazioni. Estremamente squilibrato 2 giorni prima della prima crisi. Ha trascorso 5 giorni in terapia speciale. Ha avuto 7 crisi epilettiche di tipo grande male (40 secondi - 2 minuti) negli ultimi 5 mesi e 6-8 crisi di caduta. 1/2/08-ricevuti i registri-18/4/07 visita di controllo del neonato. 5/7/07-sintomi di raffreddore C/O per la scorsa settimana, temperatura 99-100, tirandosi le orecchie. Ha nuotato. Sembrava cadere ed era poco più instabile del normale. EP: WNL-malattia virale con otite media-5/8/07-Reeval. Episodio in cui ha ruotato gli occhi all'indietro nella testa e ha avuto spasmi di braccia e gambe. 7/14/07-febbre ieri sera e per gli ultimi uno o due giorni. Lieve raffreddore. Un paio di episodi negli ultimi giorni in cui sembra improvvisamente caduta. 18/07/07-continua ad assumere antibiotici per infezione all'orecchio. 15/08/07-episodio di respiro sibilante osservato in asma ED DX. 28/08/07-URI con storia di encefalite virale e convulsioni successive. 06/09/07-Otalgia. Nessuna evidenza di infezione all'orecchio. 29/10/07-febbre C/O e tosse negli ultimi due giorni sembrano essere sbilanciate. Convulsione di tipo grande male. Continua ad avere liquido nell'orecchio destro. Probabilmente sinusite. 115/07-vomito la notte prima. Diarrea. Presunta gastroenterite. 08/01/08-cartelle ricevute-13/11/07-consulto neurologico-visitato per la gestione delle convulsioni. Prima convulsione a 15 mesi di età, 20 giorni dopo le vaccinazioni del 15° mese. Infezione delle vie respiratorie superiori con febbre circa 1 settimana dopo la somministrazione delle vaccinazioni. Ha avuto crisi convulsive circa 2 settimane dopo la risoluzione dell'URI, ovvero circa 20 giorni dopo aver ricevuto le vaccinazioni. Convulsioni tonico-cloniche generalizzate della durata di circa 2 minuti o meno. Prima della dimissione ha avuto febbre e 2 crisi convulsive tonico-cloniche generalizzate. Quattro mesi fa ha iniziato ad avere "crisi di caduta" caratterizzate da spasmi muscolari generalizzati e forti cadute all'indietro sia da seduto che in piedi. Nessuna dal 24/10/07, quando la terapia farmacologica è passata da Trileptal a Keppra. Qualche ritardo del linguaggio. Sviluppo in linea con gli obiettivi, tranne per il linguaggio espressivo. Impressione: i risultati sono coerenti con un processo infettivo o post-infettivo, indicativo di encefalomielite acuta disseminata (ADEM). krk Per follow-up a 60 giorni: continua ad avere crisi convulsive, attualmente in fase di valutazione per ritardo dello sviluppo nelle aree cognitive e del linguaggio. Anche il sistema immunitario è stato indebolito da questo evento.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0300038-1	ENCEFALITE ENTEROVIRALE	1-2 anni	Maschio	Il paziente ha ricevuto Hib, MMR e DRaP il 27 agosto 2007. Il 30 agosto, il paziente aveva la febbre alta (102 °F) e vomitava. Più tardi quella sera, ha avuto la sua prima crisi. Il 31 agosto, il paziente ha avuto una crisi che è durata più di 1 minuto e lo abbiamo portato al pronto soccorso. Non aveva la febbre quando è entrato nel pronto soccorso. Ha avuto un'altra crisi in ospedale e gli è stata diagnosticata una sindrome convulsiva ed è stato mandato a casa. Durante la notte del 31 agosto ha avuto numerose crisi ed è stato portato in ospedale. È stato ricoverato. Era delirante, faceva segni e diceva parole inappropriate. (Per lui, so che aveva 1 anno, ma il suo linguaggio e la sua capacità di fare segni, all'epoca, erano molto avanzati). È stato sottoposto a test per l'encefalite. Il medico del pronto soccorso ha continuato a dire che sembrava che il paziente avesse l'Hib. E ha continuato a chiederci se lo avevamo vaccinato. (ignorando i commenti secondo cui avevamo vaccinato il paziente solo 6 giorni prima) Alla fine le crisi del paziente si sono fermate il 2 settembre. Continua a prendere Keppra e lo tollera, ma ha perso gran parte delle sue capacità verbali. Mentre gli è stata diagnosticata un'encefalite virale - virus endero, le sue crisi e malattie erano più gravi di quanto normalmente si osserverebbe con il virus endero. 31/12/07 - cartelle cliniche ricevute per DOS 9/1-9/4/07 - DC DX: encefalite da enterovirus. Crisi dovute al n. 1. Si è ammalato la mattina prima del ricovero, ha sviluppato febbre e crisi. La temperatura dall'inizio è stata di 102. Ha avuto 6-8 crisi durate meno di un minuto e risolte spontaneamente. Deviazione verso sinistra di entrambi gli occhi, irrigidimento di tutte e 4 le estremità e serraggio della mascella, seguiti da estrema sonnolenza. 01/10/2010 Ha ancora un EEG anomalo che suggerisce la segeuls. Ancora in cura con Keppra 19/01/2010 Ancora con EEG che indica attività epilettica. Ha avuto una minore attività sequela. Continua a prendere Keppra ma mostra ancora ritardo del linguaggio.
Numero di telefono: 0308847-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Una settimana dopo che mio figlio ha ricevuto le vaccinazioni sembrava molto irritato e irrequieto, non voleva che nessuno lo tenesse in braccio ed era molto agitato. Il 28/02/08 ha avuto una crisi di 1 minuto. Non aveva febbre. Il giorno dopo ha avuto crisi a grappolo e l'ho portato al pronto soccorso. Poi hanno visto l'attività delle crisi e sono stati mandati in un altro ospedale dove ne ha avute altre. Hanno fatto 2 risonanze magnetiche, 2 elettroencefalogrammi, 1 TAC e 2 punture lombari. Hanno deciso di testarlo per l'HSV del cervello, tutti i test sono risultati negativi per l'HSV. Ma hanno mostrato che le crisi provenivano dal lobo temporale del cervello e che aveva la meningoencefalite. Ha anche ricevuto un totale di 63 dosi di Aciclovir nel catetere venoso centrale. Ora è a casa e prende 3 diversi farmaci per le crisi, e ha ancora una grande quantità di crisi ogni giorno. 4/11/08-registrazioni ricevute per DOS 3/4-3/29/08-DC DX: crisi epilettica parziale complessa secondariamente generalizzata probabilmente dovuta a encefalite da HSV. Presentato con una storia di scosse degli occhi e della testa per 1 minuto. Non responsivo. Un altro episodio di scosse degli occhi senza stato post-ictale. Andamento dell'ospedalizzazione con episodi multipli di crisi epilettiche costituiti da eccessivo ammiccamento degli occhi e alcuni movimenti bruschi della mano destra. Ha continuato a presentare crisi epilettiche durante l'ospedalizzazione. Follow-up: il bambino ha ancora crisi epilettiche e assume 3 farmaci diversi per il problema. 1/21/2010 Follow-up: ha ancora crisi epilettiche.
Numero di telefono: 0335483-1	ENCEFALITE DOPO MORBILLO	1-2 anni	Femmina	Sono state ricevute informazioni da un pediatra riguardanti una bambina di 12 mesi vaccinata con una prima dose di MPR II (lotto n., sito e via non riportati), il 23-LUG-2008. Il 02-AGO-2008 la madre della bambina ha trovato la bambina con crampi, rigida e priva di sensi. La bambina è stata ricoverata in ospedale lo stesso giorno. Sono state diagnosticate encefalite post-vaccino da morbillo, emiparesi spastica destra e grande male. Il segnalatore non aveva ancora ricevuto il referto ospedaliero. La bambina era anche in un centro di riabilitazione da 3 mesi. L'esito non è stato riportato. Non sono disponibili ulteriori informazioni al momento della segnalazione. Le vaccinazioni raccomandate erano state somministrate in date sconosciute (non altrimenti specificate). Sono state richieste ulteriori informazioni. Altri numeri di partner commerciali includono E2008-11408.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
Numero di telefono: 0382878-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Rapporto iniziale ricevuto l'8 marzo 2010 da un'autorità sanitaria in un paese straniero tramite un corrispondente locale di sanofi pasteur. Questo rapporto, che era principalmente associato al vaccino pandemico contro l'influenza A H1N1 e/o al vaccino antinfluenzale stagionale, conteneva un elenco di casi che andavano da una data non specificata fino al 19 febbraio 2010. Una paziente di 15 mesi, la cui storia clinica non è stata segnalata, ha ricevuto una dose di VACCINO ANTINFLUENZALE PANDEMICO (produttore e numero di lotto non segnalati), una dose di VACCINO ANTINFLUENZALE STAGIONALE (produttore e numero di lotto non segnalati) in una data non specificata. La paziente ha sviluppato encefalite ed è guarita. Non sono state segnalate ulteriori informazioni.
Numero di telefono: 0383060-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Rapporto iniziale ricevuto l'8 marzo 2010 da un'autorità sanitaria tramite un corrispondente locale di sanofi pasteur. Questo rapporto, che era principalmente associato al vaccino pandemico contro l'influenza A H1N1 e/o al vaccino contro l'influenza stagionale, conteneva un elenco di casi che andavano da una data non specificata fino al 19 febbraio 2010. Una paziente di 15 mesi, la cui storia clinica non era stata segnalata, ha ricevuto una dose di vaccino contro l'influenza A H1N1, una dose di vaccino contro l'influenza stagionale e una dose di vaccino MPR (produttore e numero di lotto non segnalati) in una data non specificata. La diagnosi finale è stata encefalite. L'esito della paziente è stato recuperato. Non sono state segnalate ulteriori informazioni.
Numero di telefono: 0384961-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Sconosciuto	Sono state ricevute informazioni da un articolo pubblicato. Il rapporto riassume i dati di sorveglianza passiva per gli eventi avversi successivi all'immunizzazione (AEFI) segnalati per il 2008 e descrive le tendenze di segnalazione nel periodo di 9 anni dal 2000 al 2008. Ha segnalato il decesso di un paziente di 12 mesi affetto da PEDVAXHIB (produttore sconosciuto) (numero di lotto non segnalato), meningococco C e MMR II (numero di lotto non segnalato). La causa del decesso è stata segnalata come edema cerebrale dovuto a encefalite 12 giorni dopo la ricezione del vaccino, con insorgenza della malattia 10 giorni dopo la vaccinazione. Secondo il neurologo e il pediatra curanti era improbabile che fosse correlato al vaccino. Dopo una revisione interna, l'encefalite è stata considerata un altro evento medico importante. Non sono previste ulteriori informazioni. L'articolo ha anche discusso l'esperienza di un paziente durante la vaccinazione con il vaccino contro la varicella. (WAES #1004USA00761). Una copia dell'articolo pubblicato è allegata come ulteriore documentazione dell'esperienza del paziente.
Numero di telefono: 0387743-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Il paziente ha ricevuto i vaccini il 3-3-10, ha sviluppato la febbre il 3-26-10. Ha presentato una cerebellite post-virale il 3-28-10. Ha trascorso 2 giorni in PICU e 4 giorni in reparto normale. Ha sviluppato una grave neutropenia e il neurologo ha diagnosticato al paziente una cerebellite post-virale. OF tasso CSF nessun WBC.
0390134-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Sconosciuto	Questo caso è stato riportato in un articolo di letteratura e descriveva la comparsa di edema cerebrale in un bambino di 1 anno vaccinato con HIB (produttore non specificato), MMR (ceppo non specificato), MMR II, ceppo non specificato e MENINGITE C. In una data non specificata il soggetto ha ricevuto una dose non specificata di HIB (sconosciuta), una dose non specificata di MMR (sconosciuta), una dose non specificata di MENINGITE C (sconosciuta). Dieci giorni dopo la vaccinazione con vaccini HIB, MMR e MENINGITE C, il soggetto ha manifestato la malattia. Dodici giorni dopo la vaccinazione il soggetto è morto. La causa del decesso è stata segnalata come edema cerebrale dovuto a encefalite. L'autore ha ritenuto che fosse improbabile che gli eventi fossero correlati alla vaccinazione con vaccino HIB, MMR e MENINGITE C.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0407744-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Sono state ricevute informazioni da un articolo di letteratura pubblicato riguardante una bambina sana generalizzata di 13 mesi che si stava sviluppando normalmente e la cui storia passata era notevole solo per la rilevazione ecografica prenatale di dolicocefalia e rene ectopico sinistro durante la valutazione di routine. È stata ricoverata nel reparto pediatrico di un altro ospedale dopo aver sviluppato una febbre fino a 40 gradi C, 1 giorno dopo aver ricevuto il vaccino MMRV. La sua temperatura non si è normalizzata fino a 6 giorni dopo, momento in cui ha avuto convulsioni generalizzate per la prima volta. Sembrava essere letargica ed encefalopatica. I risultati di una tomografia computerizzata (TC) del cervello erano normali. Il liquido cerebrospinale (CSF) ottenuto tramite una puntura lombare ha mostrato 1 cellula/mm3, proteine del 15 mg% e glucosio del 58 mg%. I test sierologici per herpesvirus, enterovirus, virus del Nilo occidentale, virus della varicella zoster, citomegalovirus, morbillo, rosolia e parotite, e le colture regolari sono stati negativi. Sono state prese in considerazione diagnosi di meningite/encefalite batterica o virale o encefalomielite acuta disseminata (ADEM) e sono state trattate di conseguenza. Le sue crisi sono state avviate al fenobarbital per le sue crisi. Un esame metabolico che includeva gas nel sangue, lattato nel sangue e nel liquido cerebrospinale, ammoniaca nel sangue, carnitina, acil carnitina e biotinidasi, nonché aminoacidi nel plasma e nel liquido cerebrospinale erano tutti normali. Le sue crisi sono continuate con frequenza crescente. Un elettroencefalogramma (EEG) ha mostrato un background lento compatibile con encefalopatia. Dopo che il fenobarbital e poi l'idantoina non sono riusciti a controllare le crisi, è stato avviato l'acido valproico con l'aggiunta di topiramato. Diciassette giorni dopo il ricovero, le crisi non erano ancora sotto controllo, ma erano piuttosto aumentate di numero. Erano passati a brevi crisi toniche, con gli arti superiori che si estendevano in avanti. Una puntura lombare ripetuta ha mostrato 14 cellule/mm3, glucosio al 76 mg% e proteine al 156 mg%. Ha quindi ricevuto un ciclo di immunoglobuline per via endovenosa che non ha portato a miglioramenti, dopodiché è stata trasferita al nostro servizio. Al momento, l'esame fisico e neurologico era positivo per atassia marcata e cadute ripetute quando tentava di camminare. Ha anche avuto ripetuti attacchi multipli di Salaam con flessione mioclonica della testa e allungamento del braccio. Il suo EEG era compatibile con ipsaritmia modificata. È stata avviata al protocollo dell'ormone adrenocorticotropo (ACTH) (6) e le crisi sono cessate rapidamente; è diventata, la sua atassia si è risolta, il suo stato mentale è migliorato e si è ripresa completamente entro 1 settimana. Il caso era caratterizzato da febbre alta e grave encefalite in stretta relazione temporale con MMR II. La bambina ha sviluppato ipsaritmia modificata e si è ripresa rapidamente con l'inizio del protocollo ACTH. Non è stato identificato alcun agente colpevole nel bambino, e quindi la vicinanza temporale tra la somministrazione del vaccino e l'insorgenza dei sintomi rende ragionevole identificare il vaccino come causa. Non sono disponibili ulteriori informazioni.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0417878-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Anamnesi medica û 21 dicembre a oggi Allergie: Amoxicillina e Omnicef Farmaci somministrati (26/12-21/1) Farmaci aggiuntivi somministrati durante i ricoveri ospedalieri (non elencati): Zithromax liquido 100 mg/5 ml x 5 giorni 26/12-31/12 (ED) Sciroppo di Prelone 15 mg/5 ml x 3 giorni (26/12-28/12) (ED) Omnicef 250 mg 15 ml SUS 60 ml (6/1-8/1) û Determinato come allergico-DNF (PED) Xopenex .63/3 ml NEB SOL ogni 4-6 ore x 3 settimane (26/12-21/1) (ED, PED, MC) Claritromicina 5 ml SUS 100 ml 1/2 t due volte al giorno x dieci giorni (11/1-21/1) (PED) Prednisone 15 mg/5 ml SOL 1 1/3 tx 5 giorni (11/1-16/1) (PED) Ibuprofene Concentrato Gocce per neonati per febbre oltre 101 (21/12-21/1) (PED) Paracetamolo 1,0 ml, 80 mg per febbre oltre 101 (21/12-21/1) (PED) Esami medici eseguiti (26/12-21/1) Farmaci aggiuntivi somministrati durante l'ospedalizzazione (non elencati): 26/12/10 Radiografia del torace (ED) û Conclusione: Polmonite LT Polmone, Infezione Resp 9/1/11 RSV (PEDS) û Conclusione: Neg 9/1/11 Radiografia del torace (MC) û Conclusione: Nessuna chiazza di polmonite, Infezione Resp 11/1/11 RSV (PEDS) û Conclusione: Neg 14/01/11 Radiografia del torace (Nemours, OP) Conclusione: Chiaro 19/01/11 CBC (PEDS) û WBC 7,7 k/ul e RBC 4,13 m/ul 21/01/11 CBC (PEDS) û WBC 5,7 k/ul 21/01/11 Streptococco (PEDS) Conclusione: Neg 21/01/11 Influenza (PEDS) Conclusione: Neg 22/01/11 (ED) CBC, Radiografia del torace, Streptococco, Influenza, Mono Conclusione: Neg Diagnosi (26/12-21/01) Polmonite, Malattia febbrile, Infezione respiratoria, Virus di origine sconosciuta, Reazione allergica a Omnicef, Varicella, Doppia infezione all'orecchio, Orticaria, Respiro sibilante, Mal di gola, Liquido nelle orecchie 21 dic 2010 (martedì) Il paziente è stato visitato in pediatria per 1 anno fisico. Ha avuto tosse/raffreddore che si è protratto a intermittenza per 6 settimane prima, motivo per cui le sue vaccinazioni di 1 anno sono state ritardate. Per il resto sano, peso 22 libbre. Il dottore ha controllato la tosse e senza febbre sono state somministrate le vaccinazioni: Hib, PCV7, MMRV e influenza. Il paziente aveva una febbre a 101 tre ore dopo aver ricevuto le vaccinazioni. Curato con gocce di Tylenol per neonati 1,0 ml. 22-25 dicembre 2010 (mercoledì-sabato) Il paziente ha continuato ad avere febbre 24 ore su 24 con appetito ridotto e assunzione di liquidi ridotta. Il paziente non voleva gattonare, giocare o fare altro che sedersi su una sedia ed essere tenuto in braccio. La febbre è continuata a 101-102 ed è stato curato con Tylenol e Ibuprofene, ogni 6-8 ore. 26 dicembre 2010 (domenica) Il paziente ha smesso di mangiare e bere. È stato chiamato lo studio del pediatra. La febbre è continuata a 102 ed è stato curato con Tylenol e Ibuprofene. Il paziente è stato portato al centro medico la sera dai genitori e visitato dal dottore per respiro sibilante e apatia. La diagnosi al MC è stata: polmonite (polmone sinistro), malattia febbrile, infezione respiratoria. Al paziente è stato prescritto Zithromax x 5 giorni e Prelone x 3 giorni. 27 dicembre 2010 (lunedì) Il paziente ha bevuto succo e banana a colazione. Sembra molto meglio con l'antibiotico Zithromax e lo steroide Prelone. Cura la febbre con Tylenol e Ibuprofene. 30 dicembre 2010 (giovedì) Il paziente è stato visitato dal dottore in pediatria per un controllo al pronto soccorso. Entrambe le orecchie sono infette. Il torace suona meglio. Il dottore.avverte che l'attuale antibiotico molto probabilmente non guarirà l'infezione all'orecchio. 6 gennaio 2011 Il paziente è stato visitato dal medico in pediatria. Ha una febbre di 101,5. Entrambe le orecchie sono infette. Il torace è pulito. Gli è stato prescritto Omnicef 250 mg 15 ml SUSP 60 ml + tx 10 giorni. 9 gennaio 2011 (domenica) AM: Il paziente è stato visitato dal medico in pediatria per respiro sibilante e difficoltà respiratorie. Il medico ha sentito crepitii nel suo petto (polmone sinistro). È stato somministrato un trattamento respiratorio con .63 Vyoxyin in ambulatorio. Il paziente ha sviluppato un'eruzione cutanea di centinaia di macchie rosse simili a eruzioni cutanee da morbillo o orticaria. Viene eseguito il test RSV ed è negativo. Diagnosi di una potenziale reazione allergica a Omnicef. Il medico ha consigliato di portarlo in un'altra struttura se i problemi respiratori non migliorano con trattamenti respiratori con Vyoxyin ogni 4-6 ore. PM: Il paziente è stato portato al pronto soccorso per respiro sibilante. Le radiografie del torace non mostrano grandi aree di polmonite. Al paziente è stata diagnosticata un'infezione respiratoria. Consigliato di continuare con i trattamenti respiratori ogni 4-6 ore. 11 gennaio 2011 (martedì) Il paziente è stato visitato in pediatria dai dottori e gli è stata somministrata una terapia respiratoria con Vyoxyin in ambulatorio, poiché presenta respiro sibilante e crepitio nel polmone sinistro. Ha ancora orticaria (centinaia di macchie rosse), febbre e tosse. La febbre continua

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				a essere 101-102. Trattamento con Tylenol. Prescritto Claritromicina 5 ml SUS 100 ml 1/2t due volte al giorno per dieci giorni (11/1-21/1) e Prednisolone 15 mg/5 ml SOL 1 1/3 tx 5 giorni (11/1-16/1). 14 gennaio 2011 (venerdì) AM: Il paziente è stato visitato in pediatria dal dottore per un controllo. Il torace sembra un po' congestionato. PM: Radiografia del torace eseguita. La radiografia del torace era chiara. Il paziente presenta un paio di macchie rosse tipo vesciche, diverse dalla precedente eruzione cutanea rossa tipo morbillo. Diagnosi del dottore: caso lieve di varicella. 18 gennaio 2011 (martedì) Il paziente è irritabile e ha una febbre di 102,5. Gli ho dato Tylenol prima di andare a letto. Sembra che la Claritromicina dopo 6 giorni non sia più efficace e che i suoi progressi si siano fermati. Vuole essere tenuto in braccio e piange quando lo metto giù. È letargico tutto il giorno. 19 gennaio 2011 (mercoledì) Il paziente è stato visitato dal pediatra. Ha una febbre di 102,5. La disposizione è piuttosto buona oggi, considerando la febbre alta. I globuli bianchi sono 7,7 k/ul (normali). I globuli rossi sono 4,13 m/ul (bassi) con HGB basso (10,3), HCT (31,2%), MCV (75,6) e MCH (24,9) (tutti bassi). RDW è 19,6% (alto). Le vesciche sono state notate dal dott. come varicella. Sono state notate otto vesciche. 20 gennaio 2011 (giovedì) Il paziente è stato apatico e irritabile per tutto il giorno. Non voleva essere messo giù o giocare. Mangia e beve normalmente al mattino. La febbre variava da 101 al mattino a 104 prima di andare a letto. Alle 17:30, quando si è alzato dal letto, ha scoperto di aver vomitato dappertutto sul letto e su se stesso. Era sudato e viscido. La febbre era 103. Gli ho dato del Tylenol per la febbre alle 18:45. Non ha appetito. Rifiuta il cibo, beve Pedilite periodicamente, 1/4 di tazza circa ogni 2 ore. 21 gennaio 2011 (venerdì) 6:45 La febbre del paziente era 103. Gli ho dato dell'ibuprofene per la febbre alle 6:45. Il paziente è stato visitato dal pediatra per febbre eccessiva. C'è del liquido dietro l'orecchio sinistro. Lo streptococco è negativo. L'influenza è negativa.WBC sceso da due giorni a 5,7 k/ul. 12:30 la febbre è 102, somministrato 1,875 ibuprofene. 17:30 la temperatura è 103,3 1,0 ml di paracetamolo, 30 minuti dopo, il paziente vomita liquido giallo. Grande volume (3/4c û 1 c). 18:00, somministrato supposta di paracetamolo, 80 mg. Rifiuto di cibo e bevande. Il paziente è letargico per tutto il giorno. 22 gennaio 2011 (sabato) AM: controllo del paziente nel cuore della notte 12:30 temperatura 103,2, somministrato 1,0 ml di paracetamolo. 6:30 temperatura 103, somministrato 1,875 ibuprofene. Il paziente dorme fino alle 11:00 senza cibo o liquidi dalle 19:00 di ieri. Lo sveglio e gli do + c pedialite. La temperatura è 98,4 dopo l'ibuprofene. Le estremità sono molto fredde. Mangia un paio di pezzi di cereali, è estremamente letargico e non gioca e piange quando lo metto giù. PM: Ho chiamato il PEDS e ho parlato con l'infermiera, dopo aver sentito i sintomi, ci hanno consigliato di portare il paziente in un'altra struttura. Portato in struttura alle 15:00. La temperatura è 104,4 al triage. Ibuprofene pediatrico somministrato al triage 4,2 ml. Tre ore dopo la temperatura è 99,4. Il paziente è estremamente letargico e piange quando lo metto giù. A volte è semplicemente sdraiato tra le mie braccia e fissa il vuoto e poi si siede molto velocemente e piange per alcuni secondi e poi si sdraia di nuovo. Dolore? Il paziente viene visitato dal dottore (ED) dopo aver fatto radiografie al torace (pulite), emocromo (normale) e mononucleosi (neg), così come un esame delle urine (normale). La sua temperatura alle 22:30 è 102,6 e il DE gli somministra 4,2 ml di ibuprofene pediatrico. Il dottore suggerisce che il paziente potrebbe avere la mononucleosi. Il dottore parla con un altro dottore (PEDS) e organizza un controllo con noi domenica alle 10:00. Il dottore consiglia al PEDS di contattare il dottore per vedere il paziente. 23 gennaio 2011 (domenica) Il paziente non mangia, ma beve circa + c pedilite ogni 2 ore. La sua temperatura alle 8:00 è 102,6, ha somministrato 2,1 ml di ibuprofene ai suoi neonati. Il paziente è stato visitato dal dottore al PEDS. Il dottore suggerisce che il paziente ha un virus e ci indirizzerà a un altro dottore. La temperatura del paziente è 99,4, il torace è pulito, un leggero liquido dietro l'orecchio sinistro. Alle 17:00 la temperatura del paziente è 103,2 e gli vengono somministrati 2,1 ml di ibuprofene. Il paziente è letargico e apatico per tutto il giorno, vuole solo essere tenuto in braccio ed è immobile/rilassato, si addormenta e si sveglia. Si rifiuta di bere, non beve dalle 15:30, messo a letto alle 21:00. 24 gennaio 2011 (lunedì) 1:45, il paziente piange, evacuazione intestinale piccola e ferma. La temperatura è 102,8 e vengono somministrati 2,1 ml di ibuprofene. Sono andato dal dottore (malattie infettive) che si è allarmato per lo stato letargico del paziente. Ci ha ricoverato in

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				un altro ospedale. 24 gennaio 2011 û 28 gennaio 2011 (lunedì û venerdì) Viene dimesso con diagnosi di sinusite e otite cronica. 4 febbraio 2011 Il paziente viene portato a un controllo dal dottore (malattie infettive). Si sospetta un'encefalite. Il paziente non cammina o gattona. Il dottore ricovera il paziente in ospedale. 4 febbraio 2011 û 16 febbraio 2011 Si scopre che non è immune a molti dei virus per i quali ha ricevuto il vaccino. I suoi livelli di IGG sono bassi e sia i suoi linfociti T che i linfociti B sono bassi. Sta diventando malnutrito ed estremamente letargico. Non mangia e gli viene messo un sondino nasogastrico.Ha vomito e diarrea frequenti. 16 febbraio 2011 û Presente I dottori decidono che il caso del paziente è al di là delle loro capacità di cura. Lo indirizzano a un'altra struttura. Viene trasferito in ambulanza con un referral al dott. (Immunologia).
0421328-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Sono state ricevute informazioni da un operatore sanitario riguardanti una donna di 39 anni senza anamnesi medica pertinente e senza reazioni/allergie a farmaci che nel 1973 circa (quando aveva 12 mesi) è stata vaccinata con un quarto di una dose di MMR II (HSA, lotto n. non riportato). Nell'aprile 1973 (38 anni fa), la paziente ha manifestato fontanelle gonfie ed encefalite ed è stata ricoverata in ospedale. La durata dell'ospedalizzazione e del trattamento non erano disponibili in quel momento. Non era noto se fosse stato somministrato ulteriore MMR II. Il 29-MAR-2011, un titolo era negativo per la parotite. L'esito delle fontanelle gonfie, dell'encefalite e del titolo negativo per la parotite era sconosciuto al momento di questo rapporto. La paziente ha cercato assistenza medica non specificata per il titolo negativo per la parotite. Le fontanelle gonfie e l'encefalite sono state considerate immediatamente pericolose per la vita. Sono state richieste ulteriori informazioni.
0422346-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	"Ha iniziato con una febbre bassa (99,8) e ha fatto un pisolino più lungo del solito, e si è notato un appetito ridotto. La febbre è aumentata di notte a 102. 01/05/11 si è svegliato di nuovo con una febbre bassa e sembrava essere più agitato durante il giorno. La febbre è andata via durante il giorno ed è salita di nuovo di notte (101). 02/05/11 - febbre bassa solo al mattino, di nuovo pisolini più lunghi, appetito limitato continuato, agitazione aumentata, pianto inconsolabile la sera. 03/05/11 - molto assonnato per tutto il giorno, l'ho portato dal medico che ha detto che aveva ""una lieve encefalite."" Tylenol da somministrare per i mal di testa. Agitazione aumentata la sera (lunghi pisolini continuati). 04/05/11 - Di nuovo lunghi pisolini durante il giorno, si stanca facilmente, si aggrappa ai genitori/badanti, agitazione la sera. 05/05/11 - Di nuovo lunghi pisolini durante il giorno, si aggrappa assistenti, l'appetito è migliorato. 5/6/22 - Un po' meno agitato e l'appetito è migliorato."
Numero di telefono: 0436745-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Febbre per un giorno, andato al pronto soccorso il 22/06/2008, dimesso. Rientrato al pronto soccorso il 23/06/2008 (febbre, vomito, diarrea; trasferito in un altro ospedale il 24/06/2008; ricoverato; alle 3:50 del mattino del 25/06/2008, ha avuto convulsioni, era febbrile e non rispondeva; la successiva risonanza magnetica ha rivelato un'encefalite necrotizzante. Rimasto in ospedale fino al 17/07/2008, trasferito in riabilitazione per oltre due mesi. Ha seguito una riabilitazione ambulatoriale dal 24/09/2008 a oggi.
Numero di telefono: 0465087-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Ha iniziato con la febbre intorno al 1° giugno, con febbre alta e bassa. Il 28/6 è stato visitato con gravi sintomi neurologici ed è stato ricoverato con encefalite positiva. Il padre era convinto che fosse dovuto al vaccino.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
Numero di telefono: 0479562-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Il caso iniziale è stato segnalato il 17-12-2012 da un professionista sanitario tramite l'autorità sanitaria con il riferimento 124162. Il caso è stato valutato come grave (ricovero ospedaliero). Il caso è stato confermato dal punto di vista medico. Un paziente maschio di 1,5 anni (altezza e peso non riportati) senza anamnesi medica, aveva ricevuto un'iniezione di MMRVAXPRO (numero di lotto G017521, dosaggio 0,5 ml) per via sottocutanea e sito di somministrazione non riportato il 10-10-2012. Quattro giorni dopo, il 14-10-2012, il paziente ha avuto febbre, ansia e disturbi del sonno. Ha sviluppato febbre dopo essersi addormentato, si è svegliato e ha pianto inconsolabilmente. La notte successiva è successo di nuovo lo stesso. Il paziente è stato ricoverato in ospedale per osservazione e sospetta encefalite, che poteva essere esclusa clinicamente. Non è stata segnalata alcuna terapia farmacologica concomitante. Al momento della segnalazione, il paziente era guarito senza sequele entro un lasso di tempo non specificato. Secondo l'Autorità sanitaria, gli eventi sono stati valutati come possibilmente correlati a MMRVAXPRO. Non sono previste ulteriori informazioni.
Numero di telefono: 0484277-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	"Questo rapporto iniziale di caso fa parte di una serie di rapporti associati a diversi prodotti ricevuti il 30 gennaio 2013 dall'affiliata Sanofi Pasteur che ha ricevuto il rapporto dal Ministero della Salute estero. Una paziente di sesso femminile (età riportata come 1 anno), la cui storia clinica e le terapie concomitanti non sono state riportate, aveva ricevuto la sua prima dose di VACINA INFLUENZA, numero di lotto U4400AA, e vaccino MPR, numero di lotto 10VVA061Z (vie e sito anatomico di somministrazione non riportati) il 21 giugno 2012. In una data non specificata dopo la vaccinazione, la paziente ha manifestato encefalite. L'esito della paziente è stato recuperato (""guarigione"") senza sequele. Il caso è stato valutato come grave dal Ministero della Salute. La paziente è stata ricoverata in ospedale. Documenti detenuti dal mittente: nessuno."
Numero di telefono: 0484914-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Questo rapporto spontaneo ricevuto da un professionista sanitario tramite Health Sciences Authority (numero HSA 2012M1108) si riferisce a una paziente di 12 mesi con anemia. Anamnesi: l'anemia (nessuna) era probabilmente dovuta a un'anamnesi familiare di portatore di talassemia. Le indagini includevano NpA negativo, aldolasi normale, emocromo completo (FBC): emoglobina (Hb) 11,4, ematocrito (Hct) 33,4, Mev 69,3, emoglobina cellulare media (MCH) 23,7, monociti 10%, velocità di eritrosedimentazione (Esr) 7, striscio di sangue normale, proteina C-reattiva (Crp) 0,5, creatina chinasi 202, renale: urea 1,3, Cl 108, Ca, Mg, fosfato, pannello tiroideo normale. Il bambino aveva la febbre e un'iniezione alle vie respiratorie superiori 2 mesi fa e da allora stava bene. Nessun viaggio o contatto in anamnesi. Il 27-10-2012 il paziente è stato vaccinato con una dose di MPR II (numero di lotto, dose, via di somministrazione non sono stati segnalati) per via sottocutanea. Altre terapie sospette includevano PREVNAR 13 il 27-10-2012. Iniezione somministrata sul braccio sinistro/coscia sinistra. Il bambino aveva la febbre il 31-10-2012 ma non è stata misurata la temperatura. Febbre non rilevata al Ce. Il paziente aveva un'anamnesi, un episodio allergico di vomito (piccola quantità). La diagnosi era miosite virale e anemia. L'evento si è risolto in reparto il 01-11-2012 alle 13:00. Non c'è stata perdita di coscienza, vomito o debolezza. Il 01-11-2012 il paziente ha manifestato cerebellite transitoria, labirintite, mialgia e astenia. Il bambino si è svegliato il 01-11-2012 ed è risultato debole. Il bambino non riusciva a sedersi correttamente ed è caduto sul letto. Il bambino non riusciva a camminare correttamente ed era traballante. Sembrava non avere forza. Al Ce, il bambino era in grado di camminare normalmente, ma la madre ha commentato che si trattava di un'andatura anomala e che il bambino era anormalmente inattivo. Anche il fratello ha commentato che il bambino si era sbattuto contro il bordo del letto il 31-10-2013 alle 15:00. Debolezza degli arti inferiori notata in reparto, ma non è stato possibile rilevare quale gamba fosse interessata. Non sono state notate lesioni evidenti dei nervi cranici. L'esito degli eventi avversi è stato segnalato come guarito il 01-11-2012. Non sono previste ulteriori informazioni.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
Numero di telefono: 0488164-1	ENCEFALITE POST-IMMUNIZZAZIONE	6-11 mesi	Femmina	"Caso ricevuto da un medico generico il 02-04-2009: una paziente di circa 10 mesi aveva ricevuto la prima dose di MMRVAXPRO (numero di lotto non riportato) in una data non specificata, all'età di 9 mesi. 3 settimane dopo, ha sviluppato atassia. Non sono stati osservati altri segni. La paziente è stata ricoverata in ospedale per 3 o 4 giorni. Erano in corso esami non specificati. Quelli eseguiti (non forniti dettagli) sono stati trovati normali. La puntura lombare era normale. Sono stati eseguiti esami infettivi e sono in attesa di analisi. Non è stato trovato nulla nella scansione MRI alla prima lettura; una seconda lettura era pianificata per essere eseguita da altri medici. Nessuna eziologia è stata trovata fino ad oggi. La paziente è guarita in una data non specificata. Informazioni di follow-up ricevute da un pediatra ospedaliero il 28-07-2009: tramite una conversazione telefonica, il pediatra ha riferito che la paziente ha manifestato atassia e poi strabismo 3 settimane dopo la vaccinazione con vaccino MPR. È stata ricoverata in ospedale ed è stata trovata con disturbi della coscienza con sonnolenza anomala il giorno del ricovero. All'esame è stata riscontrata rinite. Il liquido cerebrospinale era normale. Le sierologie MPR eseguite in ospedale 3 settimane pv sono state positive per rosolia e parotite e negative per morbillo. La risonanza magnetica cerebrale eseguita in ospedale ha rilevato significative modifiche della sostanza bianca e dell'ipotalamo. È stata diagnosticata un'encefalite: il pediatra ha ipotizzato o un'encefalite legata al virus che aveva causato la rinite o un'encefalite post-vaccinale. La sierologia del morbillo era ancora negativa a 3 mesi: dato questo risultato il pediatra ha ritenuto che non si trattasse di encefalite post vaccinazione contro il morbillo. L'andamento della malattia è stato favorevole, con una rapida ripresa clinica della paziente e una normalizzazione della risonanza magnetica a 3 mesi. Ulteriori informazioni ricevute dal pediatra il 29-07-2009: sono stati ricevuti il modulo PV e il referto ospedaliero con i referti della risonanza magnetica, dell'EEG e dei test sierologici. Sono state fornite le iniziali e la data di nascita della paziente. All'epoca dei fatti aveva 9,5 mesi; il suo peso era di 9,870 kg e la sua altezza era di 75 cm. Ha ricevuto la prima dose di MMRVAXPRO (numero di lotto NJ18590) per via sottocutanea il 17-feb-2009. Il vaccino è stato segnalato come ""forse sospetto"". I criteri di gravità segnalati dal pediatra erano l'ospedalizzazione e la compromissione neurologica (clinica e alla risonanza magnetica) che coinvolgeva la materia bianca e grigia. Il 10-mar-2009 al mattino, la paziente si è presentata con sonnolenza, ipotonia (non riusciva a tenere la testa né a stare seduta) e atassia in un contesto di raffreddore con febbre a 38,5 °C da 48 ore. Pochi giorni dopo, ha sviluppato strabismo, compromissione del sesto nervo sinistro. È stata ricoverata in ospedale e sono stati eseguiti diversi accertamenti. I documenti allegati fornivano le seguenti informazioni: Work-up (eseguito presso l'unità pediatrica) riscontrato: Puntura lombare: liquido limpido, normoteso. Proteinorrachia: 0,32 g/l, glicorrachia: 3,5 mmol/l, 2 globuli rossi/mm3, 3 elementi nucleati/mm3, liquido di coltura sterile. PCR:2 mg/l; 9840 globuli bianchi, 52% neutrofili, 6% monociti, 30% linfociti. L'elettroencefalogramma eseguito l'11-03-2009 in condizioni di veglia ha mostrato la presenza di onde lente polimorfiche, diffuse, senza asimmetria interemisferica. All'EEG ripetuto eseguito il 19-03-2009, le onde lente erano scomparse. La RM eseguita l'11-03-2009 ha rilevato un danno alla materia grigia, con asimmetria del talamo, il talamo destro era più voluminoso di quello sinistro e presentava ipersegnale nella sua parte posteriore. Ha inoltre mostrato un'anomalia della materia bianca nella fossa sopratentoriale e posteriore. Il referto completo della RM ha indicato: le aree di ipersegnale coinvolgevano la materia bianca da un lato e la parte posteriore del nucleo talamico dall'altro. Tali ipersegnali della sostanza bianca sono stati trovati nell'emisfero cerebellare sinistro e in quello destro, nel lato destro della protuberanza e nella parte posteriore del tronco encefalico. Tali ipersegnali erano asimmetrici e normalmente non dovrebbero più essere visti a questa età. Non potrebbe quindi trattarsi di un caso di normale mielinizzazione progressiva. A livello sopratentoriale, gli ipersegnali erano appena visibili nella sequenza di Flair ma erano chiaramente visibili nella seconda eco pesata in T2. Erano di topografia sottocorticale o francamente profondi: regioni temporale destra, bi-occipitale e parietale bilaterale. Non c'era apparentemente alcun potenziamento dopo il gadolinio. D'altra parte, la compromissione della sostanza grigia era limitata alla parte posteriore del nucleo talamico destro con anche un iposegnale nella pesatura in T1. Non è stata trovata alcuna anomalia nella sequenza di diffusione. Tali ipersegnali

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				predominavano chiaramente nella sostanza bianca e si trovavano allo stesso tempo nella fossa posteriore in sopratentoriale, con aree dai bordi sfocati: suggerivano effettivamente un'encefalite post-infettiva. La RM ripetuta eseguita il 12-06-2009 era nei limiti della norma e mostrava in particolare una buona regressione delle lesioni parenchimatose sopratentoriali. Sierologia eseguita il 19-03-2009: anti-morbillo IgG negativo, anti-morbillo IgM negativo. Sierologia della parotite positiva; anti-parotite IgM al limite del positivo. La sierologia della rosolia era positiva (200 U/ml). Il 12-06-2009, anti-morbillo IgG e IgM erano ancora negative. Non è stata effettuata alcuna coltura virale. Solo il RSV è stato testato nelle secrezioni nasali ed è risultato negativo. La ricerca di sostanze tossiche è stata negativa (nessun dettaglio fornito); l'analisi metabolica era normale. Progressione della malattia: nei primi giorni di ospedalizzazione, il tono è migliorato. La sonnolenza è durata solo il primo giorno e si è risolta il giorno dopo. Il giorno della dimissione, ovvero il 12-03-2009, la paziente stava iniziando a recuperare il tono, teneva meglio la testa e stava iniziando a stare seduta. Il 18-03-2009, durante la visita, riusciva a controllare perfettamente la testa e la posizione seduta. Secondo la madre, la paziente "poteva fare di nuovo tutto ciò che faceva prima". D'altra parte,era evidente che aveva uno strabismo interno dell'occhio sinistro (dovuto a compromissione del sesto nervo sinistro). Il 22-04-2009 in visita, la paziente non aveva più strabismo, l'equilibrio era completamente riacquistato. La RM del 12-06-2009 era normalizzata. Conclusione del referto: è stata ipotizzata la possibilità di un'encefalite infettiva post-vaccinazione con MMRVAXPRO o di un'encefalite dovuta al virus del raffreddore sperimentato dalla paziente per 48 ore al momento dei primi sintomi. Dato che la paziente non era vaccinata contro il morbillo, il pediatra riteneva che si potesse escludere un'encefalite post-vaccinazione contro il morbillo. Nel modulo PV compilato dal pediatra, si chiedeva anche se il raffreddore e l'encefalite fossero dovuti alla vaccinazione o se fossero dovuti a un altro virus. La paziente è guarita. Informazioni di follow-up ricevute dalle autorità sanitarie il 14-03-2013 con il numero di riferimento CF20090251: il paziente è stato ricoverato in ospedale dal 10 al 12-03-2009. Le autorità sanitarie hanno valutato la relazione causale tra le reazioni segnalate e la vaccinazione come dubbia (C1 S2 I1) secondo il metodo di valutazione. Questo caso sostituisce il caso E2009-02924 a causa di un errore tecnico. Il caso E2009-02924 verrà annullato ed eliminato."

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
Numero di telefono: 0488164-1	ENCEFALITE VIRALE	6-11 mesi	Femmina	"Caso ricevuto da un medico generico il 02-04-2009: una paziente di circa 10 mesi aveva ricevuto la prima dose di MMRVAXPRO (numero di lotto non riportato) in una data non specificata, all'età di 9 mesi. 3 settimane dopo, ha sviluppato atassia. Non sono stati osservati altri segni. La paziente è stata ricoverata in ospedale per 3 o 4 giorni. Erano in corso esami non specificati. Quelli eseguiti (non forniti dettagli) sono stati trovati normali. La puntura lombare era normale. Sono stati eseguiti esami infettivi e sono in attesa di analisi. Non è stato trovato nulla nella scansione MRI alla prima lettura; una seconda lettura era pianificata per essere eseguita da altri medici. Nessuna eziologia è stata trovata fino ad oggi. La paziente è guarita in una data non specificata. Informazioni di follow-up ricevute da un pediatra ospedaliero il 28-07-2009: tramite una conversazione telefonica, il pediatra ha riferito che la paziente ha manifestato atassia e poi strabismo 3 settimane dopo la vaccinazione con vaccino MPR. È stata ricoverata in ospedale ed è stata trovata con disturbi della coscienza con sonnolenza anomala il giorno del ricovero. All'esame è stata riscontrata rinite. Il liquido cerebrospinale era normale. Le sierologie MPR eseguite in ospedale 3 settimane pv sono state positive per rosolia e parotite e negative per morbillo. La risonanza magnetica cerebrale eseguita in ospedale ha rilevato significative modifiche della sostanza bianca e dell'ipotalamo. È stata diagnosticata un'encefalite: il pediatra ha ipotizzato o un'encefalite legata al virus che aveva causato la rinite o un'encefalite post-vaccinale. La sierologia del morbillo era ancora negativa a 3 mesi: dato questo risultato il pediatra ha ritenuto che non si trattasse di encefalite post vaccinazione contro il morbillo. L'andamento della malattia è stato favorevole, con una rapida ripresa clinica della paziente e una normalizzazione della risonanza magnetica a 3 mesi. Ulteriori informazioni ricevute dal pediatra il 29-07-2009: sono stati ricevuti il modulo PV e il referto ospedaliero con i referti della risonanza magnetica, dell'EEG e dei test sierologici. Sono state fornite le iniziali e la data di nascita della paziente. All'epoca dei fatti aveva 9,5 mesi; il suo peso era di 9,870 kg e la sua altezza era di 75 cm. Ha ricevuto la prima dose di MMRVAXPRO (numero di lotto NJ18590) per via sottocutanea il 17-feb-2009. Il vaccino è stato segnalato come ""forse sospetto"". I criteri di gravità segnalati dal pediatra erano l'ospedalizzazione e la compromissione neurologica (clinica e alla risonanza magnetica) che coinvolgeva la materia bianca e grigia. Il 10-mar-2009 al mattino, la paziente si è presentata con sonnolenza, ipotonia (non riusciva a tenere la testa né a stare seduta) e atassia in un contesto di raffreddore con febbre a 38,5 °C da 48 ore. Pochi giorni dopo, ha sviluppato strabismo, compromissione del sesto nervo sinistro. È stata ricoverata in ospedale e sono stati eseguiti diversi accertamenti. I documenti allegati fornivano le seguenti informazioni: Work-up (eseguito presso l'unità pediatrica) riscontrato: Puntura lombare: liquido limpido, normoteso. Proteinorrachia: 0,32 g/l, glicorrachia: 3,5 mmol/l, 2 globuli rossi/mm3, 3 elementi nucleati/mm3, liquido di coltura sterile. PCR:2 mg/l; 9840 globuli bianchi, 52% neutrofili, 6% monociti, 30% linfociti. L'elettroencefalogramma eseguito l'11-03-2009 in condizioni di veglia ha mostrato la presenza di onde lente polimorfiche, diffuse, senza asimmetria interemisferica. All'EEG ripetuto eseguito il 19-03-2009, le onde lente erano scomparse. La RM eseguita l'11-03-2009 ha rilevato un danno alla materia grigia, con asimmetria del talamo, il talamo destro era più voluminoso di quello sinistro e presentava ipersegnale nella sua parte posteriore. Ha inoltre mostrato un'anomalia della materia bianca nella fossa sopratentoriale e posteriore. Il referto completo della RM ha indicato: le aree di ipersegnale coinvolgevano la materia bianca da un lato e la parte posteriore del nucleo talamico dall'altro. Tali ipersegnali della sostanza bianca sono stati trovati nell'emisfero cerebellare sinistro e in quello destro, nel lato destro della protuberanza e nella parte posteriore del tronco encefalico. Tali ipersegnali erano asimmetrici e normalmente non dovrebbero più essere visti a questa età. Non potrebbe quindi trattarsi di un caso di normale mielinizzazione progressiva. A livello sopratentoriale, gli ipersegnali erano appena visibili nella sequenza di Flair ma erano chiaramente visibili nella seconda eco pesata in T2. Erano di topografia sottocorticale o francamente profondi: regioni temporale destra, bi-occipitale e parietale bilaterale. Non c'era apparentemente alcun potenziamento dopo il gadolinio. D'altra parte, la compromissione della sostanza grigia era limitata alla parte posteriore del nucleo talamico destro con anche un iposegnale nella pesatura in T1. Non è stata trovata alcuna anomalia nella sequenza di diffusione. Tali ipersegnali

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				predominavano chiaramente nella sostanza bianca e si trovavano allo stesso tempo nella fossa posteriore in sopratentoriale, con aree dai bordi sfocati: suggerivano effettivamente un'encefalite post-infettiva. La RM ripetuta eseguita il 12-06-2009 era nei limiti della norma e mostrava in particolare una buona regressione delle lesioni parenchimatose sopratentoriali. Sierologia eseguita il 19-03-2009: anti-morbillo IgG negativo, anti-morbillo IgM negativo. Sierologia della parotite positiva; anti-parotite IgM al limite del positivo. La sierologia della rosolia era positiva (200 U/ml). Il 12-06-2009, anti-morbillo IgG e IgM erano ancora negative. Non è stata effettuata alcuna coltura virale. Solo il RSV è stato testato nelle secrezioni nasali ed è risultato negativo. La ricerca di sostanze tossiche è stata negativa (nessun dettaglio fornito); l'analisi metabolica era normale. Progressione della malattia: nei primi giorni di ospedalizzazione, il tono è migliorato. La sonnolenza è durata solo il primo giorno e si è risolta il giorno dopo. Il giorno della dimissione, ovvero il 12-03-2009, la paziente stava iniziando a recuperare il tono, teneva meglio la testa e stava iniziando a stare seduta. Il 18-03-2009, durante la visita, riusciva a controllare perfettamente la testa e la posizione seduta. Secondo la madre, la paziente "poteva fare di nuovo tutto ciò che faceva prima". D'altra parte,era evidente che aveva uno strabismo interno dell'occhio sinistro (dovuto a compromissione del sesto nervo sinistro). Il 22-04-2009 in visita, la paziente non aveva più strabismo, l'equilibrio era completamente riacquistato. La RM del 12-06-2009 era normalizzata. Conclusione del referto: è stata ipotizzata la possibilità di un'encefalite infettiva post-vaccinazione con MMRVAXPRO o di un'encefalite dovuta al virus del raffreddore sperimentato dalla paziente per 48 ore al momento dei primi sintomi. Dato che la paziente non era vaccinata contro il morbillo, il pediatra riteneva che si potesse escludere un'encefalite post-vaccinazione contro il morbillo. Nel modulo PV compilato dal pediatra, si chiedeva anche se il raffreddore e l'encefalite fossero dovuti alla vaccinazione o se fossero dovuti a un altro virus. La paziente è guarita. Informazioni di follow-up ricevute dalle autorità sanitarie il 14-03-2013 con il numero di riferimento CF20090251: il paziente è stato ricoverato in ospedale dal 10 al 12-03-2009. Le autorità sanitarie hanno valutato la relazione causale tra le reazioni segnalate e la vaccinazione come dubbia (C1 S2 I1) secondo il metodo di valutazione. Questo caso sostituisce il caso E2009-02924 a causa di un errore tecnico. Il caso E2009-02924 verrà annullato ed eliminato."
0494911-1	**ENCEFALITE**	**1-2 anni**	**Maschio**	Questa è una segnalazione spontanea dell'autorità di regolamentazione. Numero dell'autorità di regolamentazione ADR 22136268. Un consumatore ha segnalato che un paziente maschio di 1 anno di etnia non specificata ha ricevuto PREVENAR (lotto F25591) per via parenterale l'11 ottobre 2011; e il co-sospetto MMRVAXPRO (lotto NP39950) per via parenterale a una dose non specificata l'11 ottobre 2011; e MENITORIX (lotto A76CA141A/A76DA141A) per via parenterale a una dose non specificata l'11 ottobre 2011. Non sono stati segnalati i dettagli della storia clinica e dei farmaci concomitanti. Il paziente ha manifestato quanto segue: aumento della temperatura il 17 ottobre 2011; perdita di equilibrio nell'ottobre 2011; diarrea il 18 novembre 2011; perdita di capacità e linguaggio nel dicembre 2011; dolore, encefalite, perdita della parola e autismo infantile in date non specificate. È stato riferito che l'encefalite può portare a cambiamenti nello sviluppo e portare a regredire nell'autismo. Al paziente è stato diagnosticato l'autismo infantile; data di insorgenza non specificata. Il segnalatore ha informato che il loro figlio è cambiato radicalmente da un bambino sano e felice a un bambino sofferente e che ha perso tutte le abilità, la parola e l'equilibrio. Al momento della segnalazione, l'aumento della temperatura è stato recuperato con sequele; la perdita di equilibrio si stava risolvendo; diarrea, perdita di abilità e parola, autismo infantile e perdita della parola non sono stati risolti; e gli esiti del dolore e dell'encefalite erano sconosciuti. Il segnalatore ha ritenuto che gli eventi fossero gravi, clinicamente significativi e comportanti disabilità. L'autorità di regolamentazione ha ritenuto che gli eventi fossero gravi per una ragione non specificata. Non è possibile alcun tentativo di follow-up. Non sono previste ulteriori informazioni.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
Numero di telefono: 0495339-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Questo caso è stato ricevuto dall'autorità sanitaria di un paese straniero il 14-06-2013. GB-MHRA-ADR 22136268. Questo caso non è confermato dal punto di vista medico in quanto segnalato da un consumatore. Un paziente maschio di 1 anno (peso: 12,75 kg), senza anamnesi medica, ha ricevuto l'11-10-2011 un'iniezione di MMRVAXPRO (lotto n. NP39950), dose, via e sito di somministrazione non segnalati, un'iniezione di PREVENAR (lotto n. F25591), dose, via e sito di somministrazione non segnalati e un'iniezione di MENITORIX (lotto n. A76CA141A), dose, via e sito di somministrazione non segnalati. Il paziente ha manifestato un aumento della temperatura il 17-10-2011 e perdita di equilibrio nell'ottobre-2011. Ha manifestato diarrea il 18-11-2011 e cambiamenti nello sviluppo nel dicembre-2011. In una data sconosciuta, si è anche presentato con autismo, encefalite, dolore e perdita di abilità e linguaggio. L'encefalite può portare a cambiamenti nello sviluppo e portare a regredire nell'autismo. Al paziente è stato diagnosticato l'autismo infantile. Il paziente era cambiato radicalmente da un bambino sano e felice a un bambino sofferente e che aveva perso tutte le abilità, il linguaggio e l'equilibrio. Al momento della segnalazione, il paziente si era ripreso con sequele da aumento della temperatura e si stava riprendendo dalla perdita di equilibrio. Il paziente non si era ripreso dall'autismo infantile, dalla diarrea, dai cambiamenti nello sviluppo e dalla perdita del linguaggio. L'esito per l'encefalite e il dolore era sconosciuto. L'MHRA ha ritenuto quel caso grave a causa della disabilità e di rilevanza medica.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
[0518279-1](#)	**ENCEFALITE**	**1-2 anni**	**Femmina**	"Questo è un rapporto spontaneo ricevuto da un ufficiale giudiziario contattabile tramite divisione legale. Una paziente di 17 mesi ha ricevuto tre dosi di PREVENAR 13. La prima dose il 07/12/2010 del lotto E48783 Data di scadenza Sett2011, la seconda dose il 04/02/2011 del lotto E74711 Data di scadenza Giu2012 e la terza dose il 03/10/2011 del lotto F41281 Data di scadenza Gen2014. Ha inoltre ricevuto tre dosi di INFANRIX HEXA il 07/12/2010, il 04/02/2011 e il 06/02/2012; una dose di INFANRIX QUINTA il 04/01/2011 e due dosi di PRIORIX il 03/10/2011 e il 06/02/2012. La paziente è nata alla 41a settimana di amenorrea. Peso alla nascita 3100 g, altezza alla nascita 47 cm, perimetro cranico 34 cm e punteggio Apgar 10/10. È stata allattata al seno. Fino all'età di 16 mesi, gli esami fisici eseguiti dal medico di base sono risultati normali. La sua storia clinica includeva nasofaringite con rinorrea purulenta il 12 dicembre 2011 e varicella il 9 gennaio 2012. Non è stato segnalato alcun trattamento concomitante. Aveva una storia familiare di carenza del fattore di coagulazione XI nella madre. Il 4 aprile 2012 alle 11:00, la paziente è stata trovata priva di sensi con ipotonia, sudorazione, respiro stertoroso e temperatura corporea di 37,2 °C. La paziente è stata ricoverata in terapia intensiva. Durante il trasferimento in pronto soccorso, la paziente si è presentata con polipnea superiore a 60, tachicardia a 200 bpm e movimenti di ""decorticazione"" dei quattro arti. Al momento del ricovero, il punteggio di Glasgow era 5, il paziente presentava ipertonia degli arti superiori, midriasi reattiva, masticazione, riflessi osteotendinei molto forti e segno di Babinski bilaterale. La TC cerebrale era normale. Il paziente è stato ricoverato per stato epilettico, persistente alterazione della coscienza e rombencefalite. Il 05/04/2012, l'EEG non mostrava segni suggestivi di herpes o encefalite epatica; la RM cerebrale ha rivelato una rombencefalite diffusa, danni bilaterali all'ippocampo, nessun segno di meningite e un leggero effetto massa sul tronco encefalico. Il 07/04/2012 la scansione cerebrale ha confermato l'ipertensione intracranica per la quale il paziente è stato sottoposto a craniectomia di dimissione. Il 13/04/2012 si è verificata difficoltà respiratoria. Il 13 aprile 2012, la risonanza magnetica cerebrale ha mostrato una diminuzione dell'edema cerebellare, ipersegnali FLAIR e T2 diffusi ma meno marcati rispetto alla precedente risonanza magnetica cerebrale, lieve emorragia frontale destra, ingrossamento della piega corticale. Questi erano indicativi di esito atrofico. Non c'era idrocefalo. Il paziente è stato trovato con segni biologici di infiammazione, sierologia negativa per virus dell'epatite A, B e C, HIV, CMV, EBV, HSV1/2, HHV6, varicella/herpes zoster, parvovirus, influenza e polmonite da Mycoplasma. Anche le sierologie per Rickettsia e Borrelia sono risultate negative. La sierologia dell'adenovirus era leggermente positiva a 40 titoli ma la PCR era negativa per l'adenovirus nel liquido cerebrospinale e non è stato trovato alcun germe nelle feci. L'analisi infettiva del liquido cerebrospinale era negativa. Il paziente presentava anche citolisi epatica con ASAT e ALAT superiori a 8 volte i valori normali, senza epatosplenomegalia che è regredita spontaneamente.Il 19 aprile 2013, gli anticorpi anti-perossidasi e gli anticorpi anti-R NMDA erano negativi. Il 2 maggio 2013, il paziente è stato trasferito in unità di medicina. Il 10 maggio 2013, una risonanza magnetica cerebrale ripetuta ha mostrato leucomalacia suggestiva di encefalite con danni predominanti nella fossa posteriore. Immagine edematosa della fossa posteriore con effetto massa sul tronco encefalico. Nessun danno meningeo. Il 21 maggio 2012 il paziente è stato dimesso e trasferito in unità di riadattamento. La conclusione del rapporto ospedaliero menzionava un'encefalite senza eziologia riscontrata; le gravi sequele neurologiche stavano migliorando. Al 9 agosto 2013, il paziente non riusciva a stare seduto per alcuni minuti ma non era in grado di camminare. Caso chiuso, non sono previste ulteriori informazioni."

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				"Questo è un rapporto spontaneo ricevuto da un ufficiale giudiziario contattabile tramite divisione legale. Una paziente di 17 mesi ha ricevuto tre dosi di PREVENAR 13. La prima dose il 07/12/2010 del lotto E48783 Data di scadenza Sett2011, la seconda dose il 04/02/2011 del lotto E74711 Data di scadenza Giu2012 e la terza dose il 03/10/2011 del lotto F41281 Data di scadenza Gen2014. Ha inoltre ricevuto tre dosi di INFANRIX HEXA il 07/12/2010, il 04/02/2011 e il 06/02/2012; una dose di INFANRIX QUINTA il 04/01/2011 e due dosi di PRIORIX il 03/10/2011 e il 06/02/2012. La paziente è nata alla 41a settimana di amenorrea. Peso alla nascita 3100 g, altezza alla nascita 47 cm, perimetro cranico 34 cm e punteggio Apgar 10/10. È stata allattata al seno. Fino all'età di 16 mesi, gli esami fisici eseguiti dal medico di base sono risultati normali. La sua storia clinica includeva nasofaringite con rinorrea purulenta il 12 dicembre 2011 e varicella il 9 gennaio 2012. Non è stato segnalato alcun trattamento concomitante. Aveva una storia familiare di carenza del fattore di coagulazione XI nella madre. Il 4 aprile 2012 alle 11:00, la paziente è stata trovata priva di sensi con ipotonia, sudorazione, respiro stertoroso e temperatura corporea di 37,2 °C. La paziente è stata ricoverata in terapia intensiva. Durante il trasferimento in pronto soccorso, la paziente si è presentata con polipnea superiore a 60, tachicardia a 200 bpm e movimenti di ""decorticazione"" dei quattro arti. Al momento del ricovero, il punteggio di Glasgow era 5, il paziente presentava ipertonia degli arti superiori, midriasi reattiva, masticazione, riflessi osteotendinei molto forti e segno di Babinski bilaterale. La TC cerebrale era normale. Il paziente è stato ricoverato per stato epilettico, persistente alterazione della coscienza e rombencefalite. Il 05/04/2012, l'EEG non mostrava segni suggestivi di herpes o encefalite epatica; la RM cerebrale ha rivelato una rombencefalite diffusa, danni bilaterali all'ippocampo, nessun segno di meningite e un leggero effetto massa sul tronco encefalico. Il 07/04/2012 la scansione cerebrale ha confermato l'ipertensione intracranica per la quale il paziente è stato sottoposto a craniectomia di dimissione. Il 13/04/2012 si è verificata difficoltà respiratoria. Il 13 aprile 2012, la risonanza magnetica cerebrale ha mostrato una diminuzione dell'edema cerebellare, ipersegnali FLAIR e T2 diffusi ma meno marcati rispetto alla precedente risonanza magnetica cerebrale, lieve emorragia frontale destra, ingrossamento della piega corticale. Questi erano indicativi di esito atrofico. Non c'era idrocefalo. Il paziente è stato trovato con segni biologici di infiammazione, sierologia negativa per virus dell'epatite A, B e C, HIV, CMV, EBV, HSV1/2, HHV6, varicella/herpes zoster, parvovirus, influenza e polmonite da Mycoplasma. Anche le sierologie per Rickettsia e Borrelia sono risultate negative. La sierologia dell'adenovirus era leggermente positiva a 40 titoli ma la PCR era negativa per l'adenovirus nel liquido cerebrospinale e non è stato trovato alcun germe nelle feci. L'analisi infettiva del liquido cerebrospinale era negativa. Il paziente presentava anche citolisi epatica con ASAT e ALAT superiori a 8 volte i valori normali, senza epatosplenomegalia che è regredita spontaneamente.Il 19 aprile 2013, gli anticorpi anti-perossidasi e gli anticorpi anti-R NMDA erano negativi. Il 2 maggio 2013, il paziente è stato trasferito in unità di medicina. Il 10 maggio 2013, una risonanza magnetica cerebrale ripetuta ha mostrato leucomalacia suggestiva di encefalite con danni predominanti nella fossa posteriore. Immagine edematosa della fossa posteriore con effetto massa sul tronco encefalico. Nessun danno meningeo. Il 21 maggio 2012 il paziente è stato dimesso e trasferito in unità di riadattamento. La conclusione del rapporto ospedaliero menzionava un'encefalite senza eziologia riscontrata; le gravi sequele neurologiche stavano migliorando. Al 9 agosto 2013, il paziente non riusciva a stare seduto per alcuni minuti ma non era in grado di camminare. Caso chiuso, non sono previste ulteriori informazioni."
0518279-1	**ENCEFALITE TRONCO encefalico**	**1-2 anni**	**Femmina**	
0519958-1	**ENCEFALITE PAROTITE**	**1-2 anni**	**Maschio**	Nessuna descrizione per questo evento.
0519958-1	**ENCEFALITE DOPO MORBILLO**	**1-2 anni**	**Maschio**	Nessuna descrizione per questo evento.
0529740-1	**ENCEFALITE**	**1-2 anni**	**Femmina**	16/04/14 - 1 settimana di tosse, febbre intermittente - diagnosi di bronchiolite/polmonite infra-ilare Rt - testo con ZITHROMAX - albuterolo - ORAPRED migliorato il 17/04/14. 21/04/2014 - rifiuto di camminare - scarso equilibrio. 22/04 - rifiuto di gattonare visto al pronto soccorso. 23/04/14 - ricovero in ospedale - cerebellite da vaccino.
Numero di telefono: 0535537-1	**ENCEFALITE**	**1-2 anni**	**Maschio**	Nessuna descrizione per questo evento.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
Numero di telefono: 0568545-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Encefalite.
0581036-1	ENCEFALITE VIRALE	1-2 anni	Maschio	Informazioni ricevute da Sanofi Pasteur MSD (controllo produttore n. 05730) il 29-05-2015. Caso ricevuto dall'autorità sanitaria (caso n. 309653) il 25-05-2015 tramite SPMSD. Caso inizialmente segnalato da un altro professionista sanitario. Caso confermato dal punto di vista medico. Un paziente maschio di 13 mesi è stato vaccinato il 10-03-15 alle 9:30 con la prima dose di MMRVAXPRO, lotto n. K009077 e con una dose di MENJUGATE (produttore Novartis, lotto n. 915011). Il paziente non presentava una storia familiare rilevante. Anamnesi vaccinale: il paziente ha ricevuto INFANRIX HEXA (lotto n. A21CB886A, A21CB910A e A21CC200A più PREVENAR 13 (lotto n. H23505, H23457 e J75372) rispettivamente il 16-APR-14, 24-GIU-14 e 14-GEN-15 senza eventi avversi. Ha una storia clinica positiva per ipoglicemia neonatale (per la quale è stato ricoverato); è stato anche ricoverato per gastroenterite all'età di 10 mesi. Il 14-MAR-15 ha presentato 3 episodi di diarrea (considerati dall'HA come condizione concomitante), nessun vomito. Il 15-MAR-15 diarrea persistente, paziente vigile e orientato, nel pomeriggio aumento termico. È stato portato al pronto soccorso e dimesso con terapia antipiretica. Il 16-MAR-15 alle 2:30 di mattina pianto lamentoso, alle 3:00 di mattina crisi tonico-cloniche durate circa 30 minuti. È stato portato in ospedale dove è arrivato in stato di malessere epilettico che si è risolto dopo trattamento endovenoso con lorazepam. Esami di laboratorio eseguiti durante il ricovero: vedere la schermata dei commenti di laboratorio. Al momento del ricovero il paziente era in condizioni generali compromesse, pallido con occhiaie. Tono muscolare ridotto, risposta agli stimoli. Valutazione neuropsichiatrica il 16-MAR-15: il paziente era soporoso ma reattivo agli stimoli dolorosi, un test EEG e CSF (per i dettagli vedere la schermata dei commenti di laboratorio) eseguiti hanno rivelato sofferenza cerebrale diffusa, è stato iniziato il trattamento per encefalite virale (aciclovir fino al 24-MAR-15, ceftriaxone fino al 22-MAR-15 e desametasone per 5 giorni, quindi riduzione fino alla dimissione). EEG ripetuti il 17, 20 e 26-MAR-15 hanno mostrato un progressivo miglioramento clinico così come le ripetute valutazioni neuropsichiatriche il 20, 23 e 26-MAR-15. Il paziente è stato dimesso il 27-MAR-15 con diagnosi di encefalite virale, alla dimissione era in buone condizioni, esame obiettivo nei limiti normali, nessun segno neuropatologico. Non è stata prescritta alcuna terapia domiciliare. La visita di controllo il 03-APR-15 era nei limiti normali con EEG migliorato. Dopo la dimissione il pediatra del paziente ha informato il segnalatore ipotizzando una possibile relazione tra gli eventi e le vaccinazioni. Il segnalatore ha contattato l'ospedale che non era stato informato delle vaccinazioni ma aveva congelato parte del liquido cerebrospinale, quindi il 13-APR-15 è stata eseguita la RT-PCR per morbillo e rosolia che è risultata negativa (non è stato eseguito il test per la parotite). L'esito è stato recuperato il 03-APR-15. Il caso è chiuso.
0592098-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Febbre altalenante per diverse settimane dopo la vaccinazione. Febbre 6/6/15 103,7. Pianto eccessivo per diversi giorni con letargia e diminuzione della LOC. Vomito 6/8/15. 6/9/15 pianto per 6 ore di fila, inarcamento della schiena, nessun contatto visivo. Visitato dal pediatra e portato in ospedale. 6/10/15 - incapace di tenere la testa alta, camminare o stare in piedi. Postura anomala continua, inarcamento della schiena, movimento a forbice delle gambe, urla/pianti eccessivi, letargia, nessun contatto visivo. 6/12/15 - i sintomi hanno iniziato a migliorare. 6/15/15 - ritorno alla situazione iniziale.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0607540-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Sono state ricevute informazioni da Sanofi Pasteur MSD (riferimento n. GB-1577272925-E2015-09249) il 13-AGO-2015. Questo caso è stato ricevuto dall'autorità sanitaria l'11-AGO-2015. Rif. GB-MHRA-ADR 23096224. Questo caso non è confermato dal punto di vista medico poiché il segnalatore era un consumatore. Un paziente maschio di 15 mesi (41 kg) ha ricevuto un'iniezione di vaccino MPR (produttore e numero di lotto/lotto, data di scadenza non segnalati), via e sito non segnalati, nel 2010. In una data non segnalata, dopo la vaccinazione, il paziente ha manifestato encefalite, pianto incessante, sbattere la testa, inappetenza, perdita di peso, sonno disturbato, arresto della parola, iperacusia, crescita stentata. Il segnalatore ha chiesto consiglio poiché il paziente ha smesso di mangiare dopo il vaccino. Il paziente aveva una storia di allattamento al seno a lungo termine e il suo peso alla nascita era di 8 libbre e 14 once. Il paziente è stato esposto ad acido folico e inalatori per l'asma mentre era in utero tramite la madre. La madre del paziente era una non fumatrice. Il paziente si è ripreso con sequele in una data non segnalata. Il reporter ha considerato gli eventi gravi a causa della disabilità e significativi dal punto di vista medico.
0628700-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Sconosciuto	Sono state ricevute informazioni dall'autore di un rapporto bibliografico. La parotite è un virus a RNA a singolo filamento avvolto appartenente alla famiglia dei paramyxoviridae che causa una malattia infettiva acuta principalmente nei bambini e nei giovani adulti. La trasmissione della parotite avviene tramite contatto con goccioline e gli esseri umani sono l'ospite della parotite, che è altamente contagiosa e si diffonde rapidamente negli individui suscettibili che vivono nelle immediate vicinanze. Il periodo infettivo inizia 7 giorni prima dell'insorgenza della parotite e continua per 9 giorni dopo. Nell'era pre-vaccinazione, il tasso di attacco più elevato si è registrato tra i bambini della scuola primaria e la maggior parte degli adolescenti mostrava prove di infezione precedente. Il vaccino MPR è stato introdotto per i bambini all'ingresso nella scuola primaria (circa 6-7 anni). Durante lo stesso anno, è stata somministrata una dose supplementare di vaccino MPR ai bambini di 8-11 anni. Da allora tutti i bambini hanno ricevuto regolarmente due dosi del vaccino MPR (prima dose a 12-15 mesi e seconda dose all'ingresso nella scuola primaria). Le complicazioni della parotite includono orchite, ooforite, meningite asettica, encefalite, sordità e pancreatite. Una causa probabile della parotite è stata definita come un paziente malato con un esordio acuto di dolorabilità unilaterale o bilaterale e gonfiore autolimitante della parotide o delle ghiandole salivari che è durato per almeno due giorni senza altre cause apparenti. Un caso confermato è stato definito come un paziente che ha avuto un test di laboratorio positivo (presenza di anticorpi IgM e/o un aumento di quattro volte degli anticorpi IgG). L'incidenza annuale della parotite è stata calcolata dividendo il numero di casi di parotite segnalati dai medici per la popolazione degli individui della stessa età segnalati tra il 2006 e il 2011 nei dati del censimento ed è stata espressa come numero di casi di parotite ogni 100.000 abitanti. Tra il 2006 e il 2011, sono stati segnalati al Center for Disease Control (CDC) un totale di 6612 casi di parotite. Il numero di pazienti maschi era 4077 e il numero di pazienti femmine era 2535. Lo stato vaccinale era noto per 6406 dei 6612 pazienti; 1716 non erano vaccinati, 2139 hanno ricevuto una dose di vaccino e 2371 hanno ricevuto due dosi del vaccino. Lo stato vaccinale per 206 pazienti era sconosciuto. Questo caso si riferisce a un paziente di 2 anni di sesso sconosciuto che in una data sconosciuta è stato vaccinato con una dose di MMR II, dose, via e frequenza sconosciute. Non sono stati segnalati farmaci concomitanti. In una data sconosciuta il paziente è morto a causa di complicazioni di encefalite. Il segnalatore ha ritenuto che l'encefalite fosse correlata a MMR II. Dopo una revisione interna, l'evento encefalite è stato determinato come clinicamente significativo. Questo è uno dei tre report collegati a 1602TWN003627 e 1602TWN003628 come stesso collegamento alla letteratura. Sono state richieste informazioni aggiuntive.
Numero di telefono: 0633541-1	ENCEFALITE	6-11 mesi	Femmina	Nessuna descrizione per questo evento.
Numero di telefono: 0634712-1	ENCEFALITE DOPO MORBILLO	1-2 anni	Maschio	Nessuna descrizione per questo evento.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
Numero di telefono: 0636254-1	ENCEFALITE AUTOIMMUNE	1-2 anni	Femmina	Questo caso è stato segnalato da un consumatore tramite un rappresentante del call center e ha descritto la comparsa di meningite virale in una paziente di 15 mesi che ha ricevuto HAVRIX pediatrico (numero di lotto AHAVB779BX, data di scadenza dicembre 2016). I prodotti co-sospetti includevano NIMENRIX (numero di lotto A90CA146A, data di scadenza luglio 2017), vaccino contro la varicella (numero di lotto 423508, data di scadenza sconosciuta) vaccino MPR (numero di lotto 443761, data di scadenza sconosciuta). Il 24 febbraio 2016, la paziente ha ricevuto HAVRIX pediatrico e NIMENRIX. Il 26 gennaio 2016, la paziente ha ricevuto vaccino contro la varicella e vaccino MPR. In una data sconosciuta, meno di un anno dopo aver ricevuto HAVRIX pediatrico, il paziente ha manifestato meningite virale (ospedalizzazioni gravi e significative dal punto di vista medico per GSK), encefalite autoimmune (ospedalizzazioni gravi e significative dal punto di vista medico per GSK), incoscienza (criteri gravi significativi dal punto di vista medico per GSK), movimenti corporei involontari, infezione, singhiozzo e disturbo cerebellare nos. In una data sconosciuta, l'esito della meningite virale, incoscienza, movimenti corporei involontari, infezione, singhiozzo e disturbo cerebellare nos era sconosciuto e l'esito dell'encefalite autoimmune non è stato segnalato. Il relatore ha ritenuto che la meningite virale fosse correlata a HAVRIX pediatrico. Non era noto se il relatore considerasse che l'encefalite autoimmune, incoscienza, movimenti corporei involontari, infezione, singhiozzo e disturbo cerebellare nos fossero correlati a HAVRIX pediatrico. Sono stati forniti ulteriori dettagli come segue: la paziente ha ricevuto il vaccino virale triplice (vaccino MPR) e il vaccino contro la varicella e 12 giorni dopo (discrepanza rispetto alla data di vaccinazione segnalata) ha ricevuto NIMENRIX e HAVRIX pediatrico. In una data sconosciuta, dopo aver ricevuto tutti questi vaccini, la paziente è rimasta incosciente per 3 giorni con alcuni movimenti involontari del corpo e ha mosso il piede e la mano mentre dormiva o quando riposava. Ha anche avuto il singhiozzo. Dopo la vaccinazione con NIMENRIX e HAVRIX, la paziente è stata ricoverata in ospedale per 12 giorni con sospetto di encefalite autoimmune. La paziente è stata sottoposta a test del liquor, che ha confermato la diagnosi di meningite virale e il test di risonanza magnetica ha mostrato cambiamenti nel cervelletto. La paziente ha anche avuto un'infezione non specificata, che era più grave delle normali infezioni. Il reporter ha informato che la paziente non ha avuto contatti con altri bambini, perché non andava a scuola e mangia cibo biologico. Il reporter ha ritenuto che la meningite virale fosse correlata a NIMENRIX. Non era noto se il reporter considerasse l'encefalite autoimmune, incosciente, i movimenti del corpo involontari, l'infezione, il singhiozzo e il disturbo cerebellare nos correlati a NIMENRIX, Viral triplice (vaccino MPR) e vaccino contro la varicella. Non sono state fornite ulteriori informazioni.
Numero di telefono: 0674586-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	"Le informazioni sono state ottenute su richiesta della Società all'agenzia (HA # 066885) tramite un Case Line Listing riguardante un paziente maschio di 17 mesi. Il paziente non aveva malattie renali preesistenti, malattie epatiche preesistenti, allergie, altre sostanze chimiche, integratori alimentari o altre condizioni mediche. Il 28-APR-2005, il paziente è stato vaccinato con MMR II (0,5 ml, intramuscolare, frequenza riportata come ""1""). Il 10-MAG-2005, il paziente ha manifestato encefalite (grave), paralisi (grave) e vomito (grave). L'esito degli eventi è stato riportato come non guarito. Il segnalatore ha ritenuto che encefalite, paralisi e vomito fossero improbabile che fossero correlati a MMR II. I criteri di gravità sono stati valutati dall'agenzia come ricovero ospedaliero. La fonte di segnalazione originale non è stata fornita. Non sono previste ulteriori informazioni poiché non è possibile ottenere ulteriori informazioni dall'autorità di regolamentazione locale."
Numero di telefono: 0675431-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Febbre, eruzione cutanea, vertigini, diarrea, urla simili a quelle di un'encefalite.
Numero di telefono: 0676649-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Nessuna descrizione per questo evento.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0678696-1	ENCEFALITE VIRALE	1-2 anni	Femmina	23/08/2016: una bambina di 1 anno ha ricevuto i vaccini di routine: MPR lotto n. M008588, VAR lotto n. M019643; e Hep A lotto a Z5DM2. 29/08/2016 (giorno 6): quella sera, la bambina aveva una leggera febbre a 100,8 con diversi episodi di diarrea e irrequietezza. I sintomi si sono risolti con MOTRIN e calmanti. 30/08/2016: 2 di notte: calda e sudata Temperatura 100,8 °F somministrato MOTRIN, febbre scomparsa alle 5:30. Ha preso il volo e ha dormito molto, si sentiva calda, ha ricevuto una dose di MOTRIN intorno alle 11 di mattina. Durante il viaggio verso casa di un amico, era calda al tatto, assonnata, letargica ma si svegliava comportandosi normalmente, ridendo. Verso le 15:00 (fuori per fare la spesa) la mamma ha notato che la sua testa si girava di lato, le pupille si dilatavano, il corpo si irrigidiva, era teso e ha iniziato a tremare/contrarre-convulsioni. Hanno contattato il 112 e hanno tolto la bambina dal seggiolino dell'auto, la pelle era rossa sul petto/torso, raffreddata con acqua tiepida/togliere i vestiti e in 5 minuti il tremore si è fermato. Sono arrivati i servizi di emergenza medica: la bambina era assonnata e non rispondeva (non era sveglia). La mamma ha detto che i servizi di emergenza medica hanno consigliato una temperatura di 102,4 °F, le sue labbra erano blu, gli occhi iniettati di sangue e la bambina ha smesso di respirare/ansimare e ha richiesto il supporto BVM. 30/08/2016 (giorno 7) Arrivo al pronto soccorso: convulsione con movimenti tonico/clonici, somministrati 2 mg di Lorazepam. Apparente post-ictale, respirazione agonica dopo il lorazepam = intubata. Temp 103F e HR 240, somministrati TYLENOL, Ceftriaxone e 40 cc/kg di fecondazione in vitro con HR 170 - ricoverato, estubato. Esami di laboratorio: lieve transaminite ed epatite. 8/3/2016: dopo un bagno, pallido/freddo letargico, HR 220 manovre vagali inefficaci, somministrate dosi multiple di adenosina 0,6 mg/kg totali senza risoluzione. 9/1/2016: valutazione cardiologica; il bambino ora piange vigorosamente, buoni polsi con risoluzione spontanea SVT, HR 200-150 x 1 ora poi di nuovo SVT. Adenosina trattata, milrinone diagnosticata miocardite. Mentre era in PICU - ha sviluppato ITP. 9/2/2016: su HFNC e CPAP; troponina (9/3/16 picco a 1,48) e BNP elevati. Miocardite DX; steroidi x2 giorni; 9/3/2016: la risonanza magnetica suggerisce un'encefalite virale. 9/4/2016: in PICU: mascella bloccata, tesa ed emiparetica, muove solo il braccio destro, reintubata - risolta con fenobarbital. La risonanza magnetica è normale. 9/6/2016 trattata con IVIG e steroidi pulsati. 9/8/2016 nessuna crisi x 1 settimana. Estubata. ? problemi di vista e udito dopo l'estubazione. Il bambino non riconosce i genitori; si nota che non sbatte più le palpebre in caso di minaccia, fissa o segue con preoccupazione per la perdita della vista dopo l'estubazione ed è diventato più consapevole dell'ambiente circostante. I terapisti dell'ospedale hanno notato deficit motori fini e grossolani con raccomandazioni per terapia occupazionale e fisioterapia in corso.
0679435-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Nessuna descrizione per questo evento.
0679435-1	ENCEFALITE PAROTITE	1-2 anni	Maschio	Nessuna descrizione per questo evento.
0679593-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Nessuna descrizione per questo evento.
Numero di telefono: 0726833-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Mio figlio ha perso il contatto visivo, la parola e la capacità di risposta alle persone intorno a lui dopo le vaccinazioni del primo anno. MPR, varicella, pneumococco. Ha immunodeficienza ed encefalite.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
0731799-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Questa segnalazione spontanea è stata ricevuta da un medico tramite un rappresentante dell'azienda e si riferisce a un paziente maschio di circa 1 anno di età. La storia clinica del paziente, le condizioni concomitanti e i farmaci concomitanti erano sconosciuti al segnalante. In una data sconosciuta, il paziente è stato vaccinato con la prima dose di MMR II per profilassi, per via sottocutanea, il numero di lotto e la data di scadenza non sono stati forniti. In una data sconosciuta, dopo la vaccinazione, il paziente ha manifestato 2 crisi convulsive, piressia ed eruzione cutanea secondaria a encefalite. Il paziente è stato ricoverato in ospedale per 2 giorni in una data sconosciuta ed è stato trattato con farmaci anticonvulsivanti. Non era noto se fossero stati eseguiti studi diagnostici di laboratorio. Il segnalante ha affermato che l'esito di encefalite, 2 crisi convulsive, piressia ed eruzione cutanea secondaria a encefalite era completamente guarito. Non era noto se il paziente avrebbe continuato con le vaccinazioni con MMR II. La correlazione di MMR II e gli eventi encefalite, 2 crisi convulsive, piressia ed eruzione cutanea secondaria a encefalite è sconosciuta. Dopo una revisione interna, gli eventi encefalite e convulsioni sono stati considerati clinicamente significativi.
Numero di telefono: 0744781-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Fino alla data del 18-06-2015, il paziente ha avuto diversi episodi di infezioni all'orecchio curate con amoxicillina. Il 18/06, il suo pediatra di allora ha iniettato al paziente 8 vaccini combinati (elencati sopra) mentre il paziente aveva ancora un'infezione all'orecchio attiva. Dopo questo, il paziente ha lentamente perso la capacità di comunicare verbalmente. Prima dei vaccini, il paziente aveva un vocabolario di circa 50 parole e dopo è in grado di verbalizzare solo circa 5 parole. All'inizio del 2016, il paziente ha perso la comunicazione verbale e le capacità sociali. Ha iniziato a stimming, a girare in tondo e ad avere comportamenti ripetitivi. Oggi, è ancora quasi completamente non verbale e ha difficoltà con le capacità sociali. È stato diagnosticato dall'ospedale con encefalopatia e dal dottore con encefalite.
0751023-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Segnalazione iniziale non richiesta ricevuta da un non professionista sanitario (rappresentante di un'azienda locale) il 21 maggio 2018. Questo caso riguarda un neonato maschio di 12 mesi (segnalato come un anno) che è stato vaccinato con la prima dose di richiamo di MENACTRA e la prima dose primaria di vaccino MPR (numero di lotto, data di scadenza, dose, via e sito di somministrazione non sono stati segnalati per entrambi i vaccini) l'11 maggio 2018. La storia clinica del paziente e i farmaci concomitanti non sono stati segnalati. Il 16 maggio 2018, cinque giorni dopo la vaccinazione, il paziente ha sviluppato vomito ed eruzione cutanea su tutto il corpo. Il 17 maggio 2018, sei giorni dopo la vaccinazione, il paziente ha sviluppato febbre e convulsioni ed è stato ricoverato in terapia intensiva (UTI) dell'ospedale. La diagnosi clinica è stata encefalite (diagnosticata in una data non specificata). I dati di laboratorio e il trattamento correttivo non sono stati segnalati. L'esito degli eventi del paziente non è stato riportato. È stato riportato che il paziente era ancora ricoverato in ospedale fino alla data di questo rapporto (21 maggio 2018). Elenco dei documenti in possesso del mittente: nessuno. Commenti del mittente: Questo caso riguarda un neonato che ha sviluppato encefalite e rash cutaneo generalizzato dopo la vaccinazione con MENECTRA e vaccino MPR. Il tempo di insorgenza è compatibile. Non ci sono informazioni sulle condizioni mediche del paziente al momento della vaccinazione e gli esami di laboratorio escludono eziologie alternative, in particolare infettive. Sulla base delle informazioni riportate, il ruolo del vaccino non può essere valutato.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
Numero di telefono: 0793321-1	ENCEFALITE VIRALE	6-11 mesi	Maschio	Le informazioni sono state scaricate dall'autorità di regolamentazione (BR-GLAXOSMITHKLINE-BR2017GSK076666). Questa segnalazione spontanea è stata ricevuta da un professionista sanitario in merito a un paziente maschio di 11 mesi. La storia clinica del paziente, le condizioni concomitanti, le terapie concomitanti, i farmaci storici o le allergie non sono state segnalate. Il 17-10-2016, il paziente è stato vaccinato con vaccino pneumococcico (produttore sconosciuto) soluzione iniettabile, per via intramuscolare con numero di lotto segnalato 155VPN009A (concentrazione, dose, frequenza e data di scadenza non sono state segnalate), vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (wistar ra 27-3) virus vivo (produttore sconosciuto) per via sottocutanea con numero di lotto segnalato 015N5002 (concentrazione, dose, frequenza e data di scadenza non sono state segnalate) e MENJUGATE soluzione iniettabile, per via intramuscolare con numero di lotto segnalato 150201 (concentrazione, dose, frequenza e data di scadenza non sono state segnalate), tutti e tre i vaccini per la profilassi. In una data non specificata nell'ottobre 2016, il paziente ha manifestato meningite, pianto persistente, insufficienza epatica, disturbo metabolico, alterazione delle transaminasi, trombocitopenia, letargia, pallore, apatia e broncopolmonite. Inoltre, in una data non specificata nell'ottobre 2018, è stato eseguito un test della temperatura corporea sul paziente, che ha mostrato un risultato maggiore o uguale a 39 (unità non fornite). Il 18-OTT-2016, il paziente ha manifestato condizioni di prostrazione e febbre. Il 04-NOV-2016, il paziente ha manifestato opistotono, sonnolenza e irritabilità. In una data non specificata nel novembre 2016, il paziente ha manifestato encefalite virale, tremore alle estremità, panencefalite virale post-vaccino e sguardo distante. Inoltre, in una data non specificata nel novembre 2016, è stato eseguito un test della testa con tomografia computerizzata sul paziente (non erano disponibili informazioni). In una data sconosciuta, il paziente è morto. Non si sa se sia stata eseguita un'autopsia. Le cause di morte segnalate sono state insufficienza epatica e disturbo metabolico, con una data di fine segnalata per entrambi gli eventi l'08-NOV-2016 (informazioni contrastanti). L'esito di opistotono, tremore alle estremità, alterazione delle transaminasi, panencefalite virale post-vaccino, sguardo assente, sonnolenza, trombocitopenia, irritabilità, letargia, pallore, apatia, broncopolmonite, encefalite virale, febbre, meningite e condizione di prostrazione è stato segnalato come sconosciuto (informazioni contrastanti poiché il reporter ha determinato che tutti gli eventi sopra menzionati erano gravi a causa del decesso e clinicamente significativi). L'esito del pianto è stato segnalato come guarito (data non fornita) (informazioni contrastanti poiché il reporter ha determinato che l'evento era grave a causa del decesso e clinicamente significativo). La valutazione della causalità tra il vaccino pneumococcico (produttore sconosciuto) e tutti gli eventi sopra menzionati è stata segnalata come sconosciuta. La valutazione della causalità tra il vaccino contro il morbillo, la parotite e la rosolia (wistar ra 27-3), virus vivo (produttore sconosciuto) e tutti gli eventi sopra menzionati non è stata fornita.La valutazione della causalità tra MENJUGATE e tutti gli eventi sopra menzionati è stata segnalata come sconosciuta. Il numero di lotto 155VPN009A è un numero di lotto non valido per il vaccino pneumococcico. Il numero di lotto 015N5002 è un numero di lotto non valido per il vaccino contro il virus del morbillo, della parotite e della rosolia (wistar ra 27-3), vivo. Causa(e) di morte segnalata(e): insufficienza epatica; disturbo metabolico.
Numero di telefono: 0794517-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Nessuna descrizione per questo evento.
0811841-1	ENCEFALITE LETARGICA	1-2 anni	Femmina	Enorme reazione allergica. Testa gonfia. Encefalite letargica. Steroidi somministrati d'urgenza.
0842078-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Nessuna descrizione per questo evento.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
Numero di telefono: 0857776-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	La figlia ha smesso improvvisamente di respirare, è diventata blu, ha aperto gli occhi completamente dilatati e ha fatto un rumore terribile. Ha chiamato il 911, è stata portata di corsa al pronto soccorso in ambulanza, il pronto soccorso le ha diagnosticato erroneamente laringospasmi, ci ha mandato dal pediatra per un controllo. Il pediatra era d'accordo con il pronto soccorso, ci ha mandato da uno specialista otorinolaringoiatra per un controllo. Lo specialista otorinolaringoiatra ha fatto una laringoscopia e ha detto che sembrava tutto a posto. È tornata dal pediatra, ha chiesto della possibilità di convulsioni febbrili dopo il secondo episodio. Ha concordato che potesse essere così, ha inviato una richiesta al neurologo per un controllo. Dopo aver aspettato settimane per fissare un appuntamento con un neurologo e diversi mesi per entrare, abbiamo aspettato. Poco dopo, si è verificato un altro episodio nello studio del medico, proprio sul tavolo del medico mentre eravamo lì per il trattamento dell'infezione all'orecchio. Il medico che abbiamo visto quel giorno le ha finalmente diagnosticato convulsioni febbrili dopo aver assistito alle convulsioni in prima persona. Alla fine ho trovato uno studio diverso in cui il nuovo medico ha diagnosticato un'encefalite e danni al fegato dovuti alla tossicità dei metalli nel fegato causati dalla serie di vaccini somministrati in 12 mesi.
Numero di telefono: 0862671-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Il paziente aveva sofferto di una precedente reazione avversa a Dtap/Rotavirus (vedere il rapporto VAERS 188063), ma abbiamo somministrato MPR a causa di un possibile focolaio. Gli effetti collaterali dell'encefalite non erano così pronunciati come la precedente reazione avversa, ma abbiamo notato che era diventato piuttosto irritabile, la sua personalità era cambiata in più ritirata e il suo contatto visivo era diminuito. Questi sintomi sono persistiti per anni.
Numero di telefono: 0865886-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Sconosciuto	Nessuna descrizione per questo evento.
Numero di telefono: 0875762-1	ENCEFALITE	6-11 mesi	Maschio	Nessuna descrizione per questo evento.
Numero di telefono: 0885402-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Encefalite. Attualmente in cura con antinfiammatori
Numero di telefono: 0897818-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Mio figlio ha sviluppato l'encefalite e poi l'autismo; i sintomi includevano diarrea, perdita di appetito, piccole protuberanze rosse su tutto il corpo, febbre e letargia.
0899382-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Il paziente ha ricevuto le vaccinazioni di cui sopra il 12/11/2020. I sintomi della febbre sono iniziati il 21/11/2020. L'emesi è iniziata durante la notte tra il 22 e il 23/11. Si è recato al pronto soccorso per una valutazione, dove sono stati eseguiti esami settici parziali e iniziata la terapia empirica con Ceftriaxone. Il bambino è stato notato come letargico, con un sensorio ridotto e senza miglioramenti; il 24/11 è stato sottoposto a puntura lombare. I risultati hanno dimostrato un valore di 551 globuli bianchi nel liquido cerebrospinale, coerente con meningoencefalite; colture di sangue, urine e liquido cerebrospinale (incluso pannello enterovirale, VZV) tutte negative. Radiografia del torace e studi sulle feci sono anch'essi negativi.
1089945-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Sconosciuto	Nessuna descrizione per questo evento.
1504963-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Nessuna descrizione per questo evento.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
2453813-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	"crisi/gruppo di crisi; Encefalopatia; sindrome da spasmi epilettici infantili (in precedenza sindrome di West)/epilettica/ipsaritmia; Crisi focali; crisi focale con compromissione della coscienza; Febbre; Tosse; Rinorrea; Vomito; Meningite/peggioramento del potenziamento leptomeningeo; Encefalite; Ipotonia; Letargia; Una risonanza magnetica cerebrale ripetuta ha mostrato edema/edema della sostanza bianca; deviazione dello sguardo sinistro; Spasmi del braccio destro; breve irrigidimento bilaterale del braccio/breve irrigidimento del corpo; sguardo fisso al centro; Pianto; Disagio; Crisi tonica; regressione globale; Questo caso è stato riportato in un articolo di letteratura e descriveva il verificarsi di crisi in un neonato maschio che aveva ricevuto MPR (vaccino MPR) per profilassi. L'anamnesi medica remota del paziente includeva sindrome da distress respiratorio acuto (anamnesi familiare) (alla sorella maggiore all'età di 5 anni), infezione da virus influenzale A (anamnesi familiare) (alla sorella maggiore all'età di 5 anni) e latente tubercolosi (anamnesi familiare) (anamnesi materna). Le condizioni mediche concomitanti includevano polmonite multilobare, malattia mani-piedi-bocca, stomatite erpetica, faringite e immunodeficienza. In una data sconosciuta, il paziente ha ricevuto il vaccino MPR. In una data sconosciuta, meno di un mese dopo aver ricevuto il vaccino MPR e un momento sconosciuto dopo aver iniziato la terapia con levetiracetam, il paziente ha manifestato crisi convulsive (ospedaliere gravi e clinicamente significative per GSK), encefalopatia (ospedaliere gravi e clinicamente significative per GSK), spasmi infantili (ospedaliere gravi e clinicamente significative per GSK), crisi convulsive focali (ospedaliere gravi e clinicamente significative per GSK), crisi convulsive focali con compromissione della coscienza (ospedaliere gravi e clinicamente significative per GSK), febbre (ospedaliere gravi), tosse (ospedaliere gravi), rinorrea (ospedaliere gravi), vomito (ospedaliere gravi), meningite (ospedaliere gravi e clinicamente significative per GSK), encefalite (ospedaliere gravi e clinicamente significative per GSK), ipotonia (ospedaliere gravi), letargia (ospedaliere gravi), edema cerebrale (ospedaliere gravi e clinicamente significative per GSK), paralisi dello sguardo (ospedaliere gravi e clinicamente significative per GSK), movimento a scatti nos (ospedaliero per gravi criteri), rigidità (ospedaliero per gravi criteri), sguardo fisso (ospedaliero per gravi criteri), pianto (ospedaliero per gravi criteri), disagio (ospedaliero per gravi criteri), crisi tonica (ospedaliero per gravi criteri e GSK clinicamente significativo) e regressione dello sviluppo (ospedaliero per gravi criteri). Il paziente è stato trattato con antibiotici nos (antibiotici per via endovenosa (Nos)), levetiracetam, isoniazide, rifampicina (Rifampicina), levofloxacina, vigabatrin, prednisone, rufinamide, clobazam, topiramato, acido valproico, leucovorin e cannabidiolo. In una data sconosciuta, l'esito della crisi,spasmi infantili, crisi focali, crisi focali con compromissione della coscienza e crisi tonica sono stati recuperati/risolti e l'esito di encefalopatia, febbre, tosse, rinorrea, vomito, encefalite, ipotonia, letargia, edema cerebrale, paralisi dello sguardo, movimenti a scatti nos, rigidità, sguardo fisso, pianto e disagio erano sconosciuti e l'esito di meningite e regressione dello sviluppo erano in fase di recupero/risoluzione. Il relatore ha ritenuto che crisi, encefalopatia, spasmi infantili, crisi focali, crisi focali con compromissione della coscienza, febbre, tosse, rinorrea, vomito, meningite, encefalite, ipotonia, letargia, edema cerebrale, paralisi dello sguardo, movimenti a scatti nos, rigidità, sguardo fisso, pianto, disagio, crisi tonica e regressione dello sviluppo fossero correlati al vaccino MPR. Informazioni aggiuntive: Data di ricezione GSK: 14-SET-2022 Commento dell'autore: Un paziente di 13 mesi ha avuto 15 giorni di febbre, tosse, rinorrea e vomito, iniziati 3-4 giorni dopo le vaccinazioni del 12° mese. L'anamnesi medica remota era significativa per polmonite multifocale, malattia mani-piedi-bocca, stomatite erpetica e faringite essudativa. Nell'anamnesi familiare, una sorella maggiore aveva precedentemente sviluppato una sindrome da distress respiratorio acuto con infezione da influenza A all'età di 5 anni. La sua risonanza magnetica cerebrale ha mostrato segni di meningite/encefalite; ha completato un ciclo di 10 giorni di antibiotici per via endovenosa. Tuttavia, ha continuato a peggiorare con nuova ipotonia e letargia. Una risonanza magnetica ripetuta ha mostrato un peggioramento del potenziamento leptomeningeo e dell'edema. Sette giorni dopo il ricovero, ha avuto una crisi epilettica focale con compromissione della coscienza che ha comportato deviazione dello sguardo sinistro e spasmi del braccio destro. L'elettroencefalogramma (EEG) di fondo ha

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				mostrato picchi multifocali occasionali. Ha iniziato il trattamento con levetiracetam che ha controllato temporaneamente le crisi. Data la meningite, i riscontri polmonari, la storia materna di tubercolosi latente e i casi di tubercolosi attiva nella sua comunità, è stato avviato un esame per la tubercolosi e gli sono stati somministrati farmaci antitubercolari empirici (isoniazide, rifampicina, piraxinamide e levofloxacina) per 8 settimane. Tre campioni di aspirato gastrico, quantiferone per la tubercolosi e tre campioni di espettorato indotto sono risultati negativi. La TC del torace non ha mostrato lesioni tubercolari caratteristiche. Tuttavia, dopo aver iniziato il trattamento, è migliorato, rafforzando il sospetto clinico. Inoltre, una risonanza magnetica ripetuta 2 settimane dopo lo studio iniziale ha mostrato un miglioramento dell'aumento leptomeningeo e dell'edema della sostanza bianca. È stato continuato il trattamento completo per la tubercolosi di 9 mesi, con 8 settimane di terapia quadrupla seguita da 7 mesi di isoniazide e rifampicina. Circa un mese dopo la presentazione iniziale, ha sviluppato episodi di breve irrigidimento bilaterale del braccio, sguardo fisso al centro vuoto, seguiti da pianto e disagio. L'EEG ha catturato un gruppo di crisi convulsive della durata massima di 3 secondi ciascuna. La semiologia clinica del breve irrigidimento del corpo e il modello di clustering hanno suggerito un confine tra spasmi epilettici e crisi convulsive toniche. Lo sfondo dell'EEG era diffusamente lento e disorganizzato,con periodi di abbondanti scariche epilettiformi multifocali alla fine coerenti con ipsaritmia. Né la vigabatrin né il prednisone hanno prodotto un chiaro beneficio e le crisi quotidiane sono continuate nonostante i successivi studi con altri farmaci anticonvulsivanti, tra cui rufinamide, levetiracetam, clobazam, topiramato, acido valproico, leucovorina e cannabidiolo. Non è stata iniziata una dieta chetogenica perché aveva una variante patogena CPT1A (OMIM 600.528) (vedere sotto) con rischio associato di complicazioni con il digiuno. Le crisi si sono infine risolte 16 mesi dopo la presentazione iniziale, con una combinazione di levetiracetam, clobazam, acido valproico, rufinamide, leucovorina e cannabidiolo. Sebbene il suo sviluppo fosse entro i limiti normali a 13 mesi (gattonare, non ancora camminare, pronunciare una parola con significato, presa a tenaglia), nel corso della sua malattia ha sperimentato una regressione globale. Quando le crisi epilettiche furono finalmente tenute sotto controllo all'età di 29 mesi, il suo sviluppo ricominciò a progredire. L'analisi metabolica, inclusi amminoacidi plasmatici, alfa-amminoadipica semialdeide, biotinidasi, acidi grassi a catena molto lunga e acidi grassi a catena lunga, era normale. Né un pannello di geni di immunodeficienza né il sequenziamento del DNA mitocondriale hanno identificato varianti patogene. Un pannello completo di geni di disturbi dello sviluppo (Prevention Genetics) ha identificato una variante omozigote di IFNAR2 (c.157TC, p.Ser53Pro; NM_207,585.2), assente nel database e predetta probabilmente dannosa da Polyphen 2 (1.000). La valutazione funzionale ha mostrato l'assenza di espressione di IFNAR2 nelle cellule ematopoietiche mediante citometria a flusso e l'assenza di fosforilazione di STAT1 all'elettroforesi dopo stimolazione cellulare con IFN-alfa. In base a questi risultati, gli è stata diagnosticata un'immunodeficienza 45. Il liquido cerebrospinale ottenuto alla presentazione originale è stato inviato per PCR per morbillo, parotite e rosolia, tutti risultati negativi. Il paziente aveva anche una variante patogena omozigote CPT1A (c.1436CT, p.Pro479Leu; NM_001876.3), nota per essere comune in alcune popolazioni. CPT1A codifica la carnitina palmitoiltransferasi 1A (CPT1A), un enzima epatico coinvolto nell'ossidazione degli acidi grassi. Sfortunatamente, a 31 mesi di età, ha sviluppato una malattia delle vie respiratorie superiori ed è risultato positivo al COVID-19. Successivamente ha avuto difficoltà respiratorie con desaturazioni di ossigeno. Nonostante gli antibiotici e il supporto di ossigeno, ha subito un improvviso arresto ipossico ed è morto. L'analisi patologica del cervello non ha identificato alcuna anomalia. Il nostro paziente ha sviluppato crisi epilettiche focali che si sono evolute in resistenti ai farmaci a causa di un'apparente risposta patologica al vaccino MPR nel contesto di un'immunodeficienza genetica. La sua storia clinica passata di infezioni multiple, il suo vaccino MPR appena prima della presentazione, così come il suo altrimenti insignificante esame per la fonte dell'infezione sono stati tutti elementi che hanno contribuito alla sua diagnosi. L'esperienza del paziente illustra che le varianti patogene dell'IFNAR2 possono causare encefalopatia epilettica e dello sviluppo post-vaccino.""Encefalopatia da vaccino"" è un termine più datato utilizzato quando si presume che un vaccino sia la causa

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				dell'encefalopatia. L'esperienza del paziente dimostra che le varianti patogene bialleliche in IFNAR2 possono determinare un post-vaccino diverso. ""Questo caso evidenzia anche una disuguaglianza sanitaria di base, poiché la diagnosi del paziente potrebbe essere stata ritardata a causa della sua origine etnica. Gli studi genetici hanno ampiamente reclutato persone e ne hanno incluso solo una percentuale molto piccola. Di conseguenza, l'interpretazione delle varianti e delle altre persone è più impegnativa per i medici, spesso ritardando la diagnosi e i piani di trattamento appropriati."""
2583632-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Nessuna descrizione per questo evento.
2664035-1	ENCEFALITE	6-11 mesi	Maschio	Nessuna descrizione per questo evento.
2691078-1	ENCEFALITE TRONCO encefalico	1-2 anni	Maschio	Nessuna descrizione per questo evento.

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
				Ipotiroidismo centrale; Deficit dell'ormone della crescita; Sepsi; Ipoglicemia; Acidosi metabolica; Disturbo del sistema immunitario, probabile errore congenito dell'immunità; Test di funzionalità epatica anormali; Aumento della ferritina sierica; Ipopituitarismo; Linfoistiocitosi emofagocitica; Ipotonia; Eruzione cutanea; Epatite; Tachipnea; Pallore; Ipofagia; Piressia; Letargia; Infezione; Malattia autoinfiammatoria; Encefalite; Le informazioni sono state ottenute su richiesta della Società all'agenzia (numero agenzia AU-TGA-0000783407) tramite Dettagli caso pubblico il 01-LUG-2024, riguardante una paziente di sesso femminile di 1 anno. La storia clinica della paziente includeva ipoglicemia chetotica, meningite da enterovirus e gastroenterite a 6 mesi di età, anche Paraflu 3 positivo allo stesso tempo, bronchiolite da Covid-19, infezione del tratto urinario da Escherichia coli e Proteus e tachipnea spontanea. La sua storia di nascita era la seguente: a termine, senza complicazioni, taglio cesareo programmato a 39/40 settimane, nessuna rianimazione, nessun ittero e superato il test dell'udito neonatale. Le condizioni concomitanti della paziente includevano piccolo forame ovale pervio, artrogriposi, aracnodattilo contratturale congenito, scoliosi e anomalia vertebrale toracica. La sua storia familiare includeva che sua madre aveva avuto una lesione renale acuta durante l'infanzia. Non sono state segnalate terapie concomitanti. Il 18-APR-2023, la paziente è stata vaccinata con vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (wistar ra 27-3), vaccino vivo (MMR II) per iniezione sottocutanea, somministrato per profilassi (non sono stati forniti dosaggio, dose, schema, via di somministrazione, sito di iniezione, numero di lotto e data di scadenza). In una data sconosciuta di aprile 2023, la paziente ha manifestato malattia autoinfiammatoria, encefalite, disturbo del sistema immunitario (probabile errore congenito dell'immunità) e infezione. Il 24-APR-2023, ha manifestato ipofagia, letargia, pallore e piressia. Il 26-APR-2023, la T4 libera era persistentemente bassa e l'ormone stimolante la tiroide (TSH) era lento, indicativo di ipotiroidismo centrale; nella stessa data, ha manifestato deficit dell'ormone della crescita, ipoglicemia, acidosi metabolica, sepsi e tachipnea. Nella stessa data, è stato ricoverato in ospedale per ipotiroidismo centrale, deficit dell'ormone della crescita, ipoglicemia, disturbo del sistema immunitario, acidosi metabolica e sepsi. In una data sconosciuta di maggio 2023, il paziente ha manifestato epatite. Il 05-05-2023, la risonanza magnetica (RM) encefalo+C ha mostrato che la ghiandola pituitaria anteriore appariva di piccole dimensioni per l'età, misurando 2 mm di altezza. Il punto luminoso T1 dell'ipofisi posteriore era presente e di posizione normale e il peduncolo pituitario era normale. Non era apprezzabile alcuna lesione pituitaria focale o anomalia ipotalamica. C'era una lieve prominenza generalizzata dello spazio subaracnoideo e dei ventricoli e, per correlazione con la circonferenza della testa, ciò potrebbe riflettere un ingrossamento benigno del ritmo subaracnoideo nell'infanzia.La vertebra C1 è apparsa displastica con riduzione delle dimensioni del suo forame centrale: il suo arco posteriore incide l'aspetto dorsale del midollo cervicale superiore a questo livello senza mielopatia definitiva in questo studio non dedicato. È stato raccomandato un parere chirurgico spinale. Il 14-05-2023, la paziente è stata dimessa dall'ospedale, la diagnosi principale era malattia virale e disidratazione, la diagnosi secondaria era sepsi clinica, ipoglicemia chetotica, acidosi metabolica, ipotiroidismo centrale e deficit dell'ormone della crescita. Il 18-05-2023, la paziente ha manifestato ipotonia ed eruzione cutanea. Nella stessa data, è stata nuovamente ricoverata in ospedale. Il 19-05-2023, durante la revisione reumatologica, alla paziente è stata diagnosticata linfoistiocitosi naemofagocitica, ipopituitarismo (piccola ipofisi su risonanza magnetica cerebrale), test di funzionalità epatica anormali e aumento della ferritina sierica (ferritina in 1600, unità non segnalate). Il 03-08-2023 è stata dimessa. In una data sconosciuta, la paziente si è ripresa dagli eventi di epatite e disturbo del sistema immunitario. L'esito del resto degli eventi era sconosciuto. L'agenzia ha ritenuto che tutti gli eventi fossero possibilmente correlati al vaccino sospetto. Dopo una revisione interna, gli eventi ipotiroidismo centrale, deficit dell'ormone della crescita, sepsi, linfoistiocitosi naemofagocitica, epatite ed encefalite sono stati determinati come clinicamente significativi. Non sono previste ulteriori informazioni.
2778923-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	

ID VAERS	Sintomi	Età	Sesso	Descrizione dell'evento avverso
2779702-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Femmina	Non sono sicuro che qualcuno dei suoi dottori in ospedale abbia segnalato questa possibile reazione avversa. 1 settimana dopo la somministrazione dei vaccini, la paziente ha sviluppato febbri prolungate. Ricoverata in ospedale. La risonanza magnetica ha mostrato un'encefalite. Ha visto un neurologo, le sono stati somministrati steroidi, la febbre si è risolta. Ci sono ancora alcuni esami di laboratorio in sospeso e ha programmato un controllo con un neurologo e un ematologo ad agosto.
2810295-1	ENCEFALITE	1-2 anni	Maschio	Regressione dello sviluppo; Encefalite; Nistagmo; Sono state ricevute informazioni dall'autorità di regolamentazione (agenzia n. NZ-Medsafe-158810) il 12-NOV-2024. La storia clinica del paziente, le condizioni concomitanti e le terapie concomitanti non sono state segnalate. In una data sconosciuta, il paziente è stato vaccinato con vaccino contro il virus della varicella vivo (oka/merck) (produttore sconosciuto) iniezione sottocutanea, somministrata per profilassi (dose, descrizione della dose, lotto n., data di scadenza e via di somministrazione non sono stati forniti); con vaccino hib conj (tet tox) (HIBERIX) (dose, formulazione, descrizione della dose, lotto n., data di scadenza, via di somministrazione e indicazione non sono stati forniti); e con vaccino vivo contro il morbillo (schwartz), vaccino vivo contro la parotite (rit 4385), vaccino vivo contro la rosolia (wistar ra 27/3) (PRIORIX) (non sono stati forniti dosaggio, formulazione, descrizione della dose, numero di lotto, data di scadenza, via di somministrazione e indicazione). Il 13-AGO-2024, il paziente ha manifestato regressione dello sviluppo, encefalite e nistagmo. Al momento della segnalazione, il paziente non si era ancora ripreso dagli eventi. L'agenzia ha ritenuto che gli eventi regressione dello sviluppo, encefalite e nistagmo fossero correlati alle terapie sospette. Dopo una revisione interna, l'evento encefalite è stato ritenuto clinicamente significativo.

Nota: L'invio di una segnalazione al VAERS non implica che il personale sanitario o il vaccino abbiano causato o contribuito all'evento avverso (possibile effetto collaterale).

Note:

Avvertenze: VAERS accetta segnalazioni di eventi avversi e reazioni che si verificano dopo la vaccinazione. Gli operatori sanitari, i produttori di vaccini e il pubblico possono inviare segnalazioni a VAERS. Sebbene molto importanti nel monitoraggio della sicurezza dei vaccini, le segnalazioni VAERS da sole non possono essere utilizzate per determinare se un vaccino ha causato o contribuito a un evento avverso o a una malattia. Le segnalazioni possono contenere informazioni incomplete, inaccurate, casuali o non verificabili. La maggior parte delle segnalazioni a VAERS sono volontarie, il che significa che sono soggette a distorsioni. Ciò crea limitazioni specifiche su come i dati possono essere utilizzati scientificamente. I dati delle segnalazioni VAERS devono sempre essere interpretati tenendo a mente queste limitazioni.

I punti di forza del VAERS sono la sua portata nazionale e la capacità di fornire rapidamente un avviso precoce di un problema di sicurezza con un vaccino. Come parte dell'approccio multi-sistema del CDC e della FDA al monitoraggio della sicurezza dei vaccini post-licenza, il VAERS è progettato per rilevare rapidamente modelli insoliti o inaspettati di eventi avversi, noti anche come "segnali di sicurezza". Se nel VAERS viene rilevato un segnale di sicurezza, è possibile effettuare ulteriori studi in sistemi di sicurezza come il Vaccine Safety Datalink (VSD) del CDC o il progetto Clinical Immunization Safety Assessment (CISA). Questi sistemi non hanno le stesse limitazioni del VAERS e possono valutare meglio i rischi per la salute e le possibili connessioni tra eventi avversi e un vaccino.

Considerazioni e limitazioni chiave dei dati VAERS:

- Si incoraggiano gli operatori sanitari a segnalare al VAERS qualsiasi problema di salute clinicamente significativo successivo alla vaccinazione, indipendentemente dal fatto che credano o meno che la causa sia il vaccino.
- I report potrebbero contenere informazioni incomplete, inaccurate, casuali e non verificate.
- Il solo numero di segnalazioni non può essere interpretato o utilizzato per trarre conclusioni sull'esistenza, la gravità, la frequenza o i tassi di problemi associati ai vaccini.
- I dati VAERS sono limitati alle segnalazioni di eventi avversi correlati ai vaccini ricevute tra il 1990 e la data più recente per cui sono disponibili dati.
- I dati VAERS non rappresentano tutte le informazioni note sulla sicurezza di un vaccino e devono essere interpretati nel contesto di altre informazioni scientifiche.

Alcuni elementi potrebbero avere più di 1 occorrenza in un singolo report di evento, come Sintomi, Prodotti vaccinali, Produttori e Categorie di eventi. Se i dati sono raggruppati per uno di questi elementi, il numero nella colonna Eventi segnalati potrebbe superare il numero totale di eventi univoci. Se vengono mostrate delle percentuali, la percentuale associata di report di eventi univoci totali supererà il 100% in tali casi. Ad esempio, è probabile che il numero di Sintomi menzionati superi il numero di eventi segnalati, perché molti report includono più di 1 Sintomo. Quando si verifica più di 1 Sintomo in un singolo report, la percentuale di Sintomi rispetto agli eventi univoci è superiore al 100%. Ulteriori informazioni. (/wonder/help/vaers.html#Suppress)

I dati contengono report VAERS elaborati al 31/01/2025. I dati VAERS in WONDER vengono aggiornati mensilmente, ma il sistema VAERS riceve aggiornamenti continui, tra cui revisioni e nuovi report per i periodi di tempo precedenti. I report di eventi duplicati e/o i report ritenuti falsi vengono rimossi da VAERS. Ulteriori informazioni. (/wonder/help/vaers.html#Reporting)

Aiuto: Per ulteriori informazioni, consultare la documentazione del Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) . (/wonder/help/vaers.html)

Data della query: 2 marzo 2025 16:37:08

Citazione suggerita:

Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti (DHHS), Servizio di Sanità Pubblica (PHS), Centri per il Controllo delle Malattie (CDC) / Food and Drug Administration (FDA), Sistema di Segnalazione degli Eventi Avversi da Vaccino (VAERS) 1990 - 31/01/2025, Database On-line CDC WONDER. Consultato su http://wonder.cdc.gov/vaers.html il 2/03/2025 16:37:08

Criteri di ricerca:

Titolo: ENCEFALITE

Età: < 6 mesi; 6-11 mesi; 1-2 anni

Sintomi: ENCEFALITE; ENCEFALITE ALLERGICA; ENCEFALITE AUTOIMMUNE; ENCEFALITE BATTERICA; ENCEFALITE TRONCO encefalico; ENCEFALITE CALIFORNIA; ENCEFALITE CITOMEGALOVIRUS; ENCEFALITE ENTEROVIRAL; ENCEFALITE EMORRAGICA; ENCEFALITE HERPES; ENCEFALITE INFLUENZALE; ENCEFALITE GIAPPONESE B; ENCEFALITE LETARGICA; ENCEFALITE MENINGOCOCCO; ENCEFALITE PAROTITE; ENCEFALITE POST IMMUNIZZAZIONE; ENCEFALITE POST MORBILLO; ENCEFALITE POST VARICELLA; ENCEFALITE RICKETTSIALE; ENCEFALITE TOSSICA; ENCEFALITE VIRALE

Prodotti vaccinali: VACCINO CONTRO IL VIRUS DEL MORBILLO, DELLA PAROTITE E DELLA ROSOLUBILE, VIVO (MMR)

ID VAERS: Tutto

Raggruppa per: ID VAERS; Sintomi; Età; Sesso

Mostra totali: Falso

Mostra valori zero: Disabilitato